

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Desarrollo y validación de instrumentos para medir clima social en los grupos de autoayuda del programa ecológico multifamiliar**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Jèrôme Flores Jara**

Director

**Fernando Chacón Fuertes**

**Madrid, 2013**



Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Psicología

Escuela de postgrado

Programa de Doctorado en

Psicología Social

*Desarrollo y validación de instrumentos  
para medir clima social en los grupos de  
autoayuda del programa ecológico  
multifamiliar.*

***TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR***

***PRESENTADA POR***

***Jèrôme Flores Jara***

***BAJO LA DIRECCIÓN DEL DOCTOR***

***Fernando Chacón Fuertes***

*Madrid, 4 de diciembre 2012*



# ÍNDICE

## Parte I: Introducción

I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.	Introducción.....	3
2.	Formulación específica del problema.....	7
3.	Objetivos.....	8

## Parte II: contextualización del PEM

II.	CONTEXTUALIZACIÓN.....	11
1.	El consumo de alcohol y otras drogas en Chile.....	11
2.	Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Chile.....	14
3.	Utilización de los Servicios de Salud Mental en los centros de Atención Primaria de Salud.....	16
4.	Utilización de los servicios de Urgencia de la Salud Pública en Chile.....	16
5.	Perfil de usuarios/familias que acuden a la Unidad de dependencia del Complejo Hospitalario Barros Lugo Trudeau (CHBT).....	17
6.	Historia del Programa Ecológico Social Multifamiliar.....	21
III.	DESCRIPCION DEL PROGRAMA.....	23
1	Características.....	23
2.	Segmentos del Programa Ecológico Social Multifamiliar.....	28
3.	Concepto de Salud del Programa Ecológico Social Multifamiliar.....	34
3.1	Concepto de Salud Mental utilizado por el programa.....	35
3.2	Ventajas del trabajo en Red del Programa Ecológico Social Multifamiliar...37	
4.	Diferencias con el modelo italiano.....	38
5.	Efectividad del programa.....	39

5.1	Retroalimentación desde la práctica.....	39
5.2	El potencial efecto de la repetición.....	41
6.	Estado actual del PEM.....	43
7.	Responsabilidad en el cambio del estilo de vida.....	44
IV.	SINTESIS DEL ESTUDIO ANTERIOR.....	46
1.	Síntesis del análisis cualitativo previo.....	46
2.	Categorías.....	47

### Parte III: Grupos y organizaciones de autoayuda.

V.	GRUPOS DE AUTOAYUDA.....	63
1.	Historia de los grupos de autoayuda.....	65
2.	Historia de los grupos psicoterapéuticos.....	66
3.	Surgimiento de la autoayuda a nivel comunitario.....	67
4.	Contexto cultural y político.....	69
5.	Importancia de los grupos de autoayuda.....	70
6.	Delimitación de los Grupos Terapéuticos.....	71
7.	Definición de Grupos de autoayuda.....	73
8.	Diferencia entre grupo de autoayuda, grupos de apoyo y grupos psicoterapéuticos.....	75
9.	Distinciones útiles en los grupos de autoayuda.....	76
10.	Surgimiento y evolución.....	76
11.	Componentes.....	78
12.	Eficacia de los grupos de autoayuda.....	79
13.	Aproximaciones multifamiliares.....	84
14.	Razones de los usuarios para abandonar los grupos de autoayuda.....	84

15.	Inclusión de la tecnología.....	86
VI.	ORGANIZACIONES DE AYUDA MUTUA.....	87
1.	Relación entre los grupos de autoayuda y los profesionales de la Salud.....	90
2.	El concepto de Recuperación.....	95
3.	El marco conceptual del “Curso de vida”.....	96
VII.	CRÍTICAS A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA.....	99
1.	Argumentos y contra argumentos.....	99
2.	Difusión científica y actitudes de los profesionales.....	111
3.	¿Quién define la participación?.....	113
4.	Integración entre teoría y práctica.....	115

#### PARTE IV: Clima y cohesión social.

VIII.	CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE CLIMA SOCIAL Y COHESIÓN.....	125
IX.	CLIMA SOCIAL.....	126
1.	Clima y cultura organizacional.....	126
2.	Definición de clima organizacional.....	127
3.	Modelos de Clima Organizacional.....	129
4.	Tipos de clima organizacional.....	130
5.	Relación del clima con otras variables.....	132
6.	Evaluación del clima social.....	135

X.	COHESIÓN.....	136
1.	Una visión conceptual de la cohesión.....	137
2.	Cohesión a nivel social.....	140
3.	Componentes esenciales de la cohesión.....	141
5.	La dimensionalidad de la cohesión.....	142
6.	Niveles de análisis de la cohesión.....	146

## XI. COHESIÓN Y CLIMA SOCIAL DENTRO DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS.....148

1.	Cohesión y proceso terapéutico.....	151
2.	Clima social en el proceso terapéutico.....	152
3.	Implicaciones prácticas.....	153
4.	Investigación de clima social y/o cohesión en grupos de autoayuda.....	157
5.	Evaluación de la cohesión y el clima en grupos de psicoterapia.....	159
5.1	Instrumentos más utilizados para medir clima social.....	159

## PARTE V: Modelo de evaluación

## XII. LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.....167

1.	Definición de Evaluación de Programas.....	167
2.	Surgimiento de la evaluación de Programas.....	168
3.	Definición de programa.....	171
4.	Volatilidad de los Programas.....	172
5.	El rol de las audiencias.....	174

## XIII. ESPECIFICACIÓN DE MODELOS Y OBJETIVOS DEL PEM.....191

1.	Orden de presentación.....	192
2.	Modelo de Acción del Programa Ecológico Multifamiliar.....	193

2.1	Comentarios al modelo de acción integrado.....	205
3.	Modelo Lógico.....	206
4.	Objetivos del Programa Ecológico Multifamiliar.....	208
	Comentarios a la integración entre modelo lógico y el listado de objetivos del PEM.....	210
XIV.	PROPUESTA DE EVALUACIÓN.....	216
1.	Aspectos generales de la evaluación del PEM.....	216
2.	Instrumentos a utilizar.....	216
3.	Indicadores.....	217
4.	Matriz de medidas integrada.....	219
5.	Comentarios a la matriz de medidas integrada.....	227
XV.	JUSTIFICACIÓN Y PROPUESTA DE UNA NUEVA DEFINICIÓN DE CLIMA SOCIAL.....	230
1.	Selección del término clima social v/s cohesión.....	230
2.	Aspectos esenciales del “nuevo” concepto de clima.....	231
3.	Estilos de redacción como estrategia para captar la relación individuo/todo...236	
4.	Necesidad de nuevos instrumentos como consecuencia de un concepto más dinámico.....	238
5.	Abordaje de los niveles de medición.....	240
6.	El rol del sujeto en la creación del clima.....	242
7.	Desafíos de la evaluación de grupos de autoayuda.....	246
8.	Propuesta de definición.....	247

## Parte VI: Instrumentos

XVI.	CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	253
1.	Identificación del Propósito o finalidad del instrumento.....	254



2.	Restricciones a la aplicación.....	255
3.	Marco del instrumento.....	256
3.1	Dimensiones propuestas.....	256
4.	Especificaciones derivadas del marco.....	259
5.	Especificaciones del formato de los ítems.....	260
6.	Revisión de los ítems.....	260
7.	Estudio piloto.....	260
8.	Prueba de Campo.....	273
8.1	Participantes.....	273
8.2	Instrumentos.....	277
8.3	Procedimiento.....	277
8.4	Análisis inicial.....	278
8.5	Dimensiones del instrumento final.....	289
8.6	Análisis de la relación entre los factores.....	304
9.	Análisis adicionales.....	330
XVII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....		344
XVIII BIBLIOGRAFÍA.....		379
XIX ANEXOS.....		437

# **PARTE I: Introducción**



## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1. Introducción.**

El Programa Ecológico Multifamiliar (PEM) es una organización de autoayuda. El segmento más visible de ella son los grupos de autoayuda multifamiliares, aunque también cuenta con un segmento de educación continua y varios más, que serán detallados más adelante. Su interés principal es el abordaje de los problemas relacionados con la dependencia del alcohol y otras drogas, si bien se ha mostrado útil en otros problemas de salud mental, como la violencia intrafamiliar, depresión e incluso catástrofes naturales.

La historia del Programa Ecológico Multifamiliar en Chile se remonta al año 1993, cuando comienzan a funcionar los primeros grupos de autoayuda multifamiliares, si bien en 1970 ya existía un creciente interés por el abordaje grupal, que por razones histórico-políticas fue interrumpido hasta el retorno de la democracia (Troncoso, 2003). La base de este programa es la utilización de grupos de autoayuda desde una perspectiva familiar para el tratamiento de las dependencias del alcohol y otras drogas.

La tesis que se presenta tiene su origen en una línea de investigación anterior que responde a un método inductivo, es decir, avanzar desde un caso particular a la generalidad. A partir de una experiencia de colaboración con el Programa Ecológico Multifamiliar, notamos que los usuarios/familias tenían un interés en mejorar sus prácticas y compartir aquello que les había resultado útil en sus vidas con más personas. Por otra parte, hasta ese momento el nivel de investigaciones en Chile sobre las organizaciones de autoayuda era incipiente. Luego era necesario plantearse ¿Cómo evaluar adecuadamente el funcionamiento del PEM en Chile? ¿Cuáles son los principales aspectos que se deben abordar en dicha evaluación?

Por lo anterior, decidimos realizar una primera investigación cualitativa que tenía como propósito principal identificar los aspectos esenciales tanto favorables como desfavorables del PEM según sus propios usuarios. Además de aportarles una primera retroalimentación sobre sus prácticas, esto permitiría diseñar una evaluación adecuada

de los mismos (J. A. Flores, 2008). Por otra parte, un segundo propósito relacionado con el anterior era establecer la diferencia entre la forma teórica en que el PEM debía funcionar (modelo operativo) y la forma en que en realidad lo hacía (modelo de acción) (Martínez, 2006). En conjunto esto permitía a los participantes del PEM tener una retroalimentación clara sobre su quehacer, aunque también aportaba conocimiento científico en el ámbito de los grupos de autoayuda.

En esta primera investigación utilizamos una aproximación cualitativa para tratar de captar con mayor profundidad la perspectiva de los participantes y tener una base sólida sobre la que avanzar en futuras investigaciones.

Entre otros resultados, se destacó la importancia de la vivencia que tienen los participantes en los grupos de autoayuda y la experiencia de crecimiento personal dentro del PEM en general. Las preocupaciones de los miembros del PEM parecían ser mejorar sus prácticas, dar mayor visibilidad a su trabajo en el terreno, mejorar su comunicación interna y establecer mejores relaciones de colaboración con la sanidad pública de Chile. En relación a esto último, al no tener un plan explícito de evaluación el PEM encontraba algunas dificultades para ser considerado adecuado por algunos profesionales de la sanidad pública.

Los participantes del PEM, tanto usuarios como voluntarios, manifestaron interés en contar con un plan de evaluación que les permitiese tanto una retroalimentación oportuna como hacer más comunicable sus logros. En este sentido, como todo programa social, éste debe ser evaluable, para poder valorar su aportación e introducir mejoras en cuanto sea posible.

En el trabajo desarrollado para el DEA se perfiló una primera propuesta general de evaluación, cuya versión final presentaremos más adelante. Sin embargo, esta propuesta requiere el desarrollo de algunos instrumentos y la adaptación de otros. Los más fundamentales de todos ellos, son los que buscan abordar directamente la dinámica del funcionamiento de los grupos de autoayuda, instrumentos cuya carencia se ha hecho evidente en la literatura revisada.

El presente trabajo está dirigido a desarrollar y validar instrumentos que sirvan para evaluar específicamente la dinámica que se genera en cada grupo de autoayuda. Más adelante explicaremos porque hemos optado por desarrollar más de un instrumento para intentar captar la dinámica grupal como un todo. Los conceptos más utilizados para referirse a ésta dinámica son clima social y cohesión. Tras una extensa revisión de la bibliografía explicaremos la razón de que optásemos por el primero de ellos.

Existe una clara relación entre asistencia y abstinencia en los grupos de autoayuda que están orientados a los problemas de dependencia del alcohol y otras drogas (e.g., Moos & Moos, 2004). Luego, es razonable suponer que estudiar lo que sucede en la dinámica de la sesión de grupo permita mejorar la comprensión de qué es lo que contribuye a que las personas continúen asistiendo al grupo y se mantengan abstinentes. Además, muy recientemente se ha encontrado evidencia sobre la relación entre la cohesión grupal y la asistencia a los grupos de autoayuda (Rice & Tonigan, 2012).

La construcción de estos instrumentos está contextualizada en el PEM, sin embargo se espera que sean útiles también para otros grupos de autoayuda. Una de las ventajas de tomar como referencia este programa, es que ya lleva en funcionamiento casi 20 años. Si bien desde la perspectiva de salud mental, muchas veces es tentador presentar propuestas nuevas y asépticas, diseñadas e implementadas exclusivamente por profesionales, no es menos cierto que desaprovechar el espacio que ofrece este programa para complementar el sistema de sanitario público de Chile sería un error; debido a que los participantes de este programa han desarrollado una historia, perfilado unas estrategias y desarrollado un nivel de identidad, junto con una expansión considerable de grupos de autoayuda. Todo esto genera una base sólida sobre la cual ayudar a las comunidades en la cuales el programa se inserta.

Si bien existen algunos instrumentos que miden clima social o cohesión social en grupos, conceptos que se delimitarán más adelante, no existen instrumentos que sean específicos para grupos de autoayuda. La diferenciación entre grupos de autoayuda, grupos de apoyo y grupos psicoterapéuticos es vital para comprender del todo este punto, por ello se abordará una vez que se profundice en el marco teórico.

Sobre la base de las categorías obtenidas a partir del estudio cualitativo previo (J. A. Flores, 2008), se aplicará una metodología cuantitativa, al ser la apropiada para la construcción de instrumentos. La relevancia de nuestra presente investigación es metodológica en tanto que permitirá contar con instrumentos de evaluación para aplicar a este programa. No obstante, dados los múltiples elementos comunes con otros grupos de autoayuda, estos instrumentos podrían ser un avance en la evaluación general de grupos de autoayuda, puesto que hasta el momento no se cuenta con instrumentos realmente adaptados para ello.

Un aspecto relevante de la presente investigación en el ámbito metodológico, es la aportación que se espera realizar al generar instrumentos específicos para grupos de autoayuda, que aborden el complejo problema del nivel de medición, siendo nuestra propuesta combinar la respuesta individual con la respuesta de consenso grupal, para obtener un resultado que recoja mejor el aspecto dinámico del grupo. Esta polémica también será planteada más adelante.

Con todo, generar estos instrumentos, dentro del contexto del plan general de evaluación del PEM, también es de relevancia práctica, al servir de retroalimentación inmediata para el programa y brindar la posibilidad de una retroalimentación permanente.

Finalmente, el desarrollo de estos instrumentos también podría suponer una aportación al aspecto teórico de los grupos de autoayuda, al facilitar la evaluación y consecuente comprensión de los mismos; especialmente considerando la Estrategia Nacional que se está implementando en Chile, dentro de la que se favorece la creación de grupos de autoayuda (MINSAL, 2010; CONACE, 2011<sup>1</sup>). Esto es relevante también dado el enorme potencial de este tipo de aproximaciones para ser aplicados en los diversos problemas de salud que estos pueden abarcar.

---

<sup>1</sup> MINSAL: Ministerio de salud de Chile

CONACE: Consejo Nacional para el control de Estupefacientes de Chile

## **2. Formulación específica del problema.**

El problema de investigación dentro del que se enmarca este trabajo es: ¿Cómo evaluar el funcionamiento del Programa Ecológico Multifamiliar en Chile? O dicho de otra manera ¿Qué plan o sistema de evaluación es adecuado para responder a las características del Programa Multifamiliar en Chile? Dentro de esta pregunta de investigación amplia, y considerando que el eje del PEM son los grupos de autoayuda, es necesario plantearse ¿Cómo medir la dinámica del clima social que se genera en los grupos de autoayuda? Hasta donde hemos revisado, no existen actualmente instrumentos que sirvan para ser aplicados real y específicamente a los grupos de autoayuda. El intento de algunos investigadores de abarcar diversos tipos de grupos, desde comunitarios a psicoterapéuticos, ha hecho que se pierda especificidad (Moos, 1986; Moss & Humphrey, 1974; MacKenzie, 1981; 1983; Wilson et al., 2008). En consecuencia, los instrumentos que miden clima social o cohesión en grupos terapéuticos, abordan aspectos que no son suficientemente útiles ni aplicables a los grupos de autoayuda, a la vez que carecen de otros elementos que son esenciales para ello, sin los cuales la información obtenida es insuficiente para realizar una adecuada evaluación.

Una consecuencia del protagonismo que tienen los participantes en los grupos de autoayuda implicaba revisar si alguna de las definiciones actuales de clima social o cohesión era adecuada o si era necesario proponer una nueva. Hemos optado por esto último, retomando algunos conceptos fundamentales de Lewin (1951/1988), como explicaremos más adelante. Luego esta nueva definición también podría suponer una aportación a la teoría y a la práctica.

En el proceso de diseñar los instrumentos, hemos prestado atención a la diferencia que puede generar la forma de redactar los ítems, ya que nos interesaba estudiar la posible influencia del estilo de redacción de los ítems. El estilo de redacción general ha predominado, sin explorarse lo suficiente otras opciones y en los casos en los que el estilo de redacción varía, se ha hecho sin justificar por qué se hace. B. Schneider, Ehrhart y Macey (2011) destacan la falta de interés que ha recibido éste aspecto en la literatura y consideran que debe prestarse atención a la forma en que se redactan los ítems para elegir la más adecuada. Nosotros vamos un paso más allá al proponer que es



necesaria una combinación del enfoque general con ítems dirigidos directamente a lo que el individuo percibe que recibe y aporta al grupo. Las características de los grupos de autoayuda exigen incluir a los participantes en la acción que se plantea en los ítems.

Finalmente, Es necesario insistir en el aspecto pragmático, puesto que si bien un instrumento puede tener una buena fiabilidad, como el de Moos (Moos, 1986; Moss & Humphrey, 1974), su extensión (90 ítems) lo puede hacer poco práctico. Para que un instrumento pueda ser aplicado regularmente en los grupos, registrando su proceso dinámico, requiere ser breve, de lo contrario es poco probable que los participantes de los grupos estén dispuestos a contestarlo.

### **3. Objetivos.**

#### **Objetivo general.**

Desarrollar y validar instrumentos de evaluación que midan el clima social en los grupos de autoayuda del Programa Ecológico Multifamiliar.

#### **Objetivos específicos**

1. Diseñar un instrumento de respuesta individual con buenas propiedades psicométricas que evalúe las principales dimensiones de clima social relevantes para los grupos de autoayuda del PEM
2. Diseñar un instrumento de respuesta grupal con buenas propiedades psicométricas que evalúe las principales dimensiones de clima social relevantes para los grupos de autoayuda del PEM
3. Comparar los resultados de ambos instrumentos.

**PARTE II:**

**Contextualización**

**Del PEM**



## II. CONTEXTUALIZACIÓN

### 1. El consumo de alcohol y otras drogas en Chile.

Ya que el punto central de interés del Programa Ecológico Multifamiliar es el abordaje de las dependencias al alcohol y otras drogas, es imprescindible conocer el contexto y la relevancia de estos problemas en Chile para hacernos una idea del mismo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2007), las Américas tienen estadísticas superiores a la media mundial en:

1. El porcentaje de muertes relacionadas con el alcohol
2. El consumo de alcohol
3. Los patrones de consumo de alcohol
4. Los trastornos generados por el uso de alcohol
5. La carga de morbilidad generada por el alcohol, que es el principal factor de riesgo para la Región

Los indicadores internacionales sitúan a Chile entre los países con más altos niveles de consumo de alcohol, no sólo a nivel de América latina sino también a nivel mundial (OPS<sup>2</sup>, 2007; 2008). Las cifras epidemiológicas del consumo de bebidas alcohólicas per cápita y los niveles de incidencia, frecuencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad presentes en Chile son preocupantes (MINSAL, 2010; CONACE, 2011<sup>3</sup>). Según Troncoso (2003) los autores coinciden en estimar que en Chile sólo existe un 5% de personas abstemias, que se dividen entre los que nunca han consumido alcohol y los que han dejado de consumir. Entre un 65 y un 70% de personas que se definen como consumidores sociales, experimentales y que su uso es socialmente definido como “normal”. Finalmente existiría un 20% que presentan serios problemas con el alcohol o que han generado una dependencia. Aunque el último estudio de prevalencia de enfermedades psiquiátricas en Chile, realizado por Vicente, Rioseco, Saldivia, Khon y Torres (2002), que abarcó el período entre 1992 y 1999, obtuvo que la dependencia del alcohol era de un 6.4% y el abuso de alcohol era de un 3,6%.

---

<sup>2</sup> OPS: Organización Panamericana de la Salud.

<sup>3</sup> CONACE: Comisión Nacional de estupefacientes, actualmente reemplazada por SENDA, la que ahora incluye al Alcohol junto con las drogas ilegales.

Es necesario recordar que la dependencia implica que las personas en algún momento de su ciclo vital han perdido su libertad del no consumo. Sin embargo, este concepto no refleja toda la gravedad de la situación del consumo. En parte porque la dependencia es más difícil de diagnosticar en jóvenes (que no presentan con facilidad síndrome de abstinencia) y en parte porque desarrollar una dependencia requiere un tiempo variable, pero a lo largo de ese tiempo los problemas psicosociales que el consumo genera pueden ser enormes. Por ello, no es adecuado esperar que se genere una dependencia para comenzar a tratar a estas personas (MINSAL, 2010).

Estudios epidemiológicos como el de Vicente et al. (2002) son escasos, posiblemente por ser costosos y requerir un minucioso entrenamiento de especialistas. Más allá de esto, encontramos que en los documentos oficiales de Salud de Chile, se menciona la dependencia cuando se abordan los problemas que genera el alcohol y otras drogas, pero las mediciones que se usan hoy en día para conocer el nivel de consumo en la población van más allá del mero concepto de adicción o dependencia. Lo central es que el análisis se realice de una manera más amplia, puesto que es claro que los problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas no se limitan a los dependientes (CONACE, 2011; MINSAL, 2010).

Actualmente se utilizan los conceptos de *patrón de consumo de riesgo* (Rehm et al., 2001) y *beber problema* para calibrar el efecto que tiene el consumo sobre la Salud. El primer concepto, propuesto por Rhem et al. (2004) incluye el consumo medio de cada individuo y el patrón de consumo (la cantidad que se consume cada vez), medido a través del AUDIT<sup>4</sup>. Operacionalmente este concepto considera el riesgo no sólo para quien consume sino el posible daño a terceros. Se estima que un 10,8% de los chilenos mayores de 15 años presenta este patrón de consumo de riesgo (MINSAL, 2010).

El segundo concepto, el *beber problema*, ha sido utilizado en Chile desde los '80, medido a través del EBBA<sup>5</sup> (MINSAL, 2011). Los datos de 2010 indican que en la población mayor de 15 años el 17,7%, presentaban problemas con la bebida, siendo relativamente estable en el tiempo (Cifra similar a la estimada por Troncoso). Aunque

---

<sup>4</sup> AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test.

<sup>5</sup> EBBA: Escala Breve de Beber Problema

se ha producido un incremento significativo en la prevalencia del consumo en las mujeres entre el 2000 y el 2010, pasando de 5,5% a 6,7% (MINSAL, 2010).

Uno de los aspectos que más preocupa sobre el consumo de alcohol en Chile es que si bien la tasa de consumo no es mucho mayor que en otros países, el patrón de consumo es mucho mayor, de manera que cuando se consume se consume más, aunque en promedio semanal o mensual no sea diferente. Además, en Chile la medida estándar de un trago de alcohol es mayor que la de otros países. Adicionalmente, aunque en los sectores socioeconómicos altos se consume mayor volumen de alcohol, es en los niveles socioeconómicos bajos donde se generan mayores problemas asociados al consumo de éste (MINSAL, 2010).

Ahora bien, aunque el alcoholismo es la dependencia más frecuente en Chile, el Programa Ecológico Multifamiliar considera imprescindible abarcar el tratamiento de otras dependencias a sustancias. La prevalencia de la dependencia a drogas ilegales ha sido estimada por Vicente et al. (2002) en 2,6 % y su abuso en 0,9%.

Es necesario considerar el exponencial aumento de la dependencia a más de una sustancia: la poli-dependencia; situación que provoca graves consecuencias socio-sanitarias, culturales y económicas en todos los grupos de edad de la población, y requiere, además de los procedimientos médicos tradicionales, la aportación de otras disciplinas científicas más aun si cabe, como la psicología comunitaria, y el empleo de diferentes maneras de enfrentarlas (CONACE, 2004; MINSAL, 2010; Troncoso, 2003, 2012). Con todo, la poli-dependencia no es algo nuevo realmente, ni un fenómeno particular de Chile, puesto que es un problema extendido en numerosos países (Ives & Ghelani, 2006).

En Estados Unidos, P. J. Flores (1998) afirma que: “en la actualidad es raro encontrar a una persona con trastorno de alcoholismo, especialmente si es menor de 30 años, que no consuma otra sustancia” (p. 471). Ahora bien, más que la poli-dependencia, nos interesa destacar el poli-consumo, que es donde se puede encontrar una amplia gama de problemas psicosociales, incluida la violencia intrafamiliar, los problemas asociados a la seguridad vial y otros relacionados con infracciones de la ley. La presencia de este poli-consumo en Chile ha sido puesto en evidencia por la investigación de Santis et al.

(2007), quienes analizaron las conductas de riesgo de los consumidores de cocaína que no acuden a los servicios de Salud en busca de ayuda. Estos autores encontraron que el alcohol y la marihuana son parte del poli-consumo habitual en esta población.

## **2. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Chile.**

La investigación de Vicente et al. (2002) establece que a lo largo de la vida un 36% de las personas en Chile tendrá un problema de Salud Mental, en tanto un 22,6% lo ha presentado en los últimos seis meses. Los trastornos de mayor prevalencia son: agorafobia (11,1%), depresión mayor (9,0%), distimia (8,0%) y dependencia al alcohol (6,4%).

Posteriormente Vicente et al. (2006) han analizado sus datos por región, entre las cuatro regiones que se consideraron en su estudio, encontrando diferencias marcadas, especialmente en la región más al norte de Chile, donde la dependencia y el abuso de alcohol y otras drogas era más elevado. Uno de los factores que podría contribuir a esto según estos autores, es la situación geográfica, puesto que ésta región es un lugar de tránsito de drogas al limitar con Perú y Bolivia.

### **2.1 Comorbilidad**

La Organización Mundial de la Salud (2004) informa que la comorbilidad entre la dependencia de sustancias y enfermedad mental es elevada. Estudios realizados en Estados Unidos reflejan que aproximadamente un 80% de las personas con dependencia del alcohol tienen síntomas de depresión. Por otra parte, un 21% de los pacientes con enfermedad mental severa presentan abuso o dependencia activa a alguna sustancia. Además, los índices de abuso de sustancias en el transcurso de su vida son de 48% para las personas con esquizofrenia, del 56% para los que presentan un trastorno bipolar, y de 50% en general para las personas con enfermedad mental severa (Boyle & Kroon, 2006). Esto apoya el uso del concepto de patología dual, es decir, la presencia de una adicción y otra enfermedad mental, como clave para tener una visión completa del problema de las adicciones (Szerman, Álvarez & Casas, 2007).

Una revisión de estudios epidemiológicos en varios países entre 1998 y 2005, realizada por Jané-Llopis y Matytsina (2006) concluye que el abuso de sustancias en general tiene una fuerte correlación con las enfermedades mentales, y el abuso de drogas ilícitas tiene una correlación todavía mayor. Además, hay una fuerte correlación entre la magnitud de la enfermedad mental y la severidad del abuso de sustancias. Aunque el patrón de causalidad debe ser interpretado con cautela, consideran que existe suficiente evidencia para suponer un patrón causal entre el uso de alcohol y la depresión, sugiriendo que políticas públicas que tiendan a disminuir el uso de sustancias van a repercutir en una disminución de las enfermedades mentales. Si bien este estudio no incluye países de Latinoamérica, nos sirve para tener una perspectiva más amplia de los problemas asociados al consumo de sustancias.

La existencia de trastornos mentales en pacientes con enfermedades crónicas en Chile ha sido abordada por Fullerton, Florenzano y Acuña (2000), quienes al estudiar una muestra de pacientes ambulatorios en centros de Atención Primaria de Santiago de Chile, encontraron que un 69,3% presentaba alguna enfermedad crónica. A su vez, de estos últimos un 66% presentaba también un trastorno psiquiátrico, encontrando un 14% para el abuso de alcohol y un 35% para la depresión.

Hernández et al. (2001) encontraron que la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes hospitalizados en un hospital general era de un 60% para los hombres, siendo la dependencia del alcohol (26%), el delirium o demencia (10%) y los trastornos de ansiedad (10,4%) los más comunes. En mujeres la prevalencia ascendía al 65%, siendo depresión mayor (23,2%), los trastornos de ansiedad (14,3%), los trastornos de adaptación (8,4%) y la demencia (5,6%) los más comunes. Se encontró comorbilidad para dos o más condiciones en un 40% de los casos. Adicionalmente Hernández et al. (2002) encontraron que el 38% de los hombres y el 6% de las mujeres cumplían los criterios para el abuso o la dependencia al alcohol. En el mismo sentido, la dependencia a benzodiazepinas fue de un 1% en los hombres y un 6% en las mujeres. El abuso de cocaína, marihuana o estimulantes fue del 1,5% y 1% respectivamente a lo largo del ciclo vital.

En el Servicio de la especialidad de Psiquiatría, Seguel (1994) informa que un 74% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados refieren haber abusado de sustancias y el 13%



abusa regularmente de drogas, sin considerar el alcohol. Además, destaca que los trastornos del estado de ánimo y los trastornos ansiosos, además de presentar una comorbilidad alta, implican un mayor riesgo de uso de sustancia para mitigar sus síntomas.

### **3. Utilización de los Servicios de Salud Mental en los centros de Atención Primaria de Salud.**

Una conclusión adicional del estudio epidemiológico de Vicente et al. (2002) sobre la utilización de los servicios entre las personas que presentaban trastornos psiquiátricos, fue que sólo un 49% acudía en busca de ayuda.

Scharager y Molina (2007) realizaron un interesante estudio sobre las prácticas de los psicólogos en los centros de Atención Primaria de Salud en Chile (APS), preguntándoles a estos profesionales sobre varios aspectos de su quehacer. Obtuvieron que algunos de los problemas más atendidos por los psicólogos en Chile eran: depresión en mujeres (93%), trastornos ansiosos (77%), violencia intrafamiliar (42,3%), abuso y dependencia al alcohol (18%), depresión en hombres (16,7%), abuso y dependencia de drogas (14,1%), abuso de alcohol sin dependencia (7,4). Puede suponerse que la asociación entre estos trastornos es bastante frecuente, como hemos revisado al tratar la comorbilidad entre depresión y alcoholismo, pero además es bastante evidente la concurrencia de violencia intrafamiliar y consumo de sustancias, aunque su relación es compleja (Wiborg, Alonso, Fornes & Val, 2000).

### **4. Utilización de los servicios de Urgencia de la Salud Pública en Chile.**

El último estudio sobre utilización de los Servicios de Urgencia realizado en Chile por CONACE (2010) en colaboración con UNODC y CICAD<sup>6</sup>, encontró, mediante pruebas toxicológicas, que los pacientes ingresados presentaban consumo de alcohol (12%), benzodiazepinas (20,9%), marihuana (7,5%), cocaína (8,5%) y policonsumo (14,1%).

---

<sup>6</sup> UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito  
CICAD: Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas.

Adicionalmente se encontró una fuerte asociación entre el consumo y el motivo de ingreso, siendo especialmente significativo para los ingresos por violencia el consumo de alcohol 39,3 % y el de cocaína 22,0%. Al compararlos con un estudio anterior (CONACE, 2001), realizado con una muestra mayor, destaca el aumento al doble de consumo de benzodiazepinas (pasando del 10,6% al 20,9%), además del aumento de resultados positivos detectados en mujeres y la presencia mayor de consumo en los ingresados por violencia de algún tipo.

## **5. Perfil de usuarios/familias que acuden a la Unidad de dependencia del Complejo Hospitalario Barros Lugo Trudeau (CHBT).**

Con el objeto de presentar una imagen más clara sobre los usuarios habituales que han sido atendidos por el Programa Ecológico Multifamiliar, revisaremos la caracterización realizada por Cortés (2005) de los usuarios que acuden a la Unidad de dependencias del Complejo Hospitalario Barros Lugo Trudeau (CHBT). Aunque los usuarios que acuden a esa unidad no son necesariamente representativos de todas las demás áreas de Santiago de Chile u otras regiones del país donde está implantado el PEM, conocer estos datos nos permite aproximarnos al tipo de usuarios/familias que habitualmente acuden a dichas unidades de dependencias, que suelen ser el mismo tipo de usuarios/familias que pueden acudir habitualmente a la red de grupos multifamiliares del PEM. En este caso, ambos grupos de personas coinciden, puesto que en ésta unidad entre 1994 y 2007, se implementó el PEM, estableciéndose como punto de referencia y centro de coordinación de toda la red de este programa<sup>7</sup>.

Los datos analizados por Cortés (2005) comprenden el período 2001-2003. En éste período, los usuarios ingresados para ser atendidos de manera ambulatoria en ésta Unidad de Dependencias, descendió de un 39,9% en el 2001 a un 30% en el 2003. Entre las múltiples variables que pudieron intervenir en éste descenso, se consideró que el trabajo realizado en el territorio por la red del PEM cumplía un papel importante. La atención proporcionada consistió mayoritariamente en la participación de grupos multifamiliares experimentales, la asamblea comunitaria y las actividades de educación

---

<sup>7</sup> Actualmente el PEM no funciona en el CHBLT, pero la caracterización sirve de referencia sobre el tipo de usuarios que generalmente ingresan a los grupos de autoayuda multifamiliares.

continúa que se detallan en el apartado III. Adicionalmente se realizaban controles periódicos por parte de los profesionales de la Unidad de Dependencias y en particular el control médico en caso de tratamiento farmacológico.

El tipo de consumo que los usuarios informaban al ingresar se mantiene estable, siendo los más destacados el poli-consumo (66.7, 66.2 y 60.2%) y el alcohol (26.3, 28.8 y 35.1%).

Se mantiene una notable diferenciación por género, 77% hombres y 23% mujeres, entre los usuarios que llegan en busca de ayuda.

Respecto a su situación laboral, entre un 50 y 60% de los usuarios que consultan están en paro. El 29 % refiere tener alguna actividad laboral. El resto son amas de casa, jubilados o estudiantes.

Entre un 73 y un 83% de los usuarios tiene antecedentes de problemas de consumo en su familia. Esto indica la necesidad de prestar atención a las relaciones familiares como reproductoras de pautas de consumo y apoya las bases teóricas del programa. En este sentido, esta investigación coincide con lo obtenido por CONACE (2002) acerca de que los usuarios que no buscan ayuda en la red de Asistencia pública de Sanidad, lo hacen porque tanto ellos como su entorno inmediato consideran ese consumo como “normal”. Posteriormente, Hidalgo, Santis, Rodríguez, Hayden y Anselmo (2008) encontraron que los usuarios adictos a la cocaína que no buscan ayuda tienen un alto grado de disfunción familiar. Esto se suma a la numerosa evidencia sobre la importancia de la historia familiar en el desarrollo del consumo de alcohol y otras drogas (e.g., Fergusson, Boden & Horwood, 2008; Giancola, 2003; M. R. Sanders, 2000; De Micheli & Formigoni, 2002)

Entre los usuarios que acuden a la Unidad de Dependencias entre un 44 y un 49% ha intentado un tratamiento con anterioridad, generalmente en comunidades terapéuticas de régimen cerrado.

Casi un 70% de los usuarios fueron acompañados al tratamiento por algún miembro de su familia. Los acompañantes más frecuentes son la madre o la pareja del usuario o

usuaria. Respecto a su situación de pareja, los casados o convivientes se mantuvieron alrededor del 45%.

Entre un 36 y un 38% llegaron derivados por el servicio de Urgencia del mismo Hospital. En tanto que entre un 24,7 y un 30% fueron derivados por los Servicios de Atención Primaria. Aproximadamente un 4% fueron derivados por el sistema judicial, cifra similar a la correspondiente a la derivación desde grupos multifamiliares territoriales, donde algunos usuarios tuvieron su primera acogida.

Un 68,5% de los usuarios decía haber iniciado su consumo entre los 11 y 20 años, en tanto que un 22% refería haber comenzado antes. Por otra parte, la edad a la que demandan ayuda se sitúa entre los 35-40 años. Esto sugiere que los usuarios tardan alrededor de 20 años en hacerse suficientemente conscientes del problema y pedir ayuda.

A continuación reproducimos las dos tablas que consideramos más importantes del estudio mencionado, las que se refieren al nivel educativo y a la permanencia en meses en el PEM.

*Tabla 1: Nivel educacional de los usuarios<sup>8</sup>*

	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>
Media	583	64	468	54.2	394	51.7
Básica	287	31.5	338	39.2	300	39.3
Superior	17	1.8	32	3.7	47	6.1
Analfabe	23	2.5	24	2.7	21	2.7
<b>TOTAL</b>	<b>910</b>	<b>100%</b>	<b>862</b>	<b>100%</b>	<b>762</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cortés (2005).

Se puede observar que el nivel educacional era bajo, lo que además nos brinda una idea del nivel socio-económico de estos usuarios y sus familias.

<sup>8</sup> En Chile la educación básica corresponde a primaria, educación media a secundaria y la superior a la técnica y profesional.

*Tabla 2: Permanencia en meses*

<b>Meses</b>	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>2002</b>	<b>%</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>
0 – 1 mes	95	10.4	41	4.8	84	11.0
2 – 4 meses	207	22.7	224	26.0	258	33.9
4 y más meses	178	19.6	164	19.0	190	24.9
No adhiere	430	47.3	433	50.2	230	30.2
<b>TOTAL</b>	<b>910</b>	<b>100.0</b>	<b>862</b>	<b>100.0</b>	<b>762</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cortés (2005).

Se puede observar que la permanencia en el PEM mostró un aumento a lo largo de estos tres años, en tanto que la no adherencia (las personas que nunca participaron del tratamiento luego de la entrevista de ingreso) mostró una disminución. Es necesario recordar que no existió ningún proceso de selección que impidiera a las familias participar del PEM que estaba implementado en el CHBLT. En este sentido se respetaba el concepto fundamental de la autoayuda propuesta por el PEM, que implica que la auto-selección es el único motivo para la renuncia a la oferta de ayuda o el abandono de la misma.

Esta caracterización socio-demográfica nos sirve para tener un perfil aproximado de los usuarios que asisten al PEM, puesto que como hemos comentado es similar a la que es posible encontrar en el resto de comunas y regiones del país en las que éste funciona.

## **6. Historia del Programa Ecológico Social Multifamiliar**

Los fundamentos del Programa Ecológico Social Multifamiliar están basados en los estudios, investigaciones, aportaciones teóricas y prácticas del fallecido académico de la universidad de Zagreb, Croacia, doctor Vladimir Hudolin (1969, 1984, 1990), quien junto con su equipo multidisciplinar del Hospital Clínico Universitario “Sestre Milosrdnice” implementaron este modelo en su país y posteriormente en Italia, donde hoy en día existen alrededor de 2400 clubes<sup>9</sup> multifamiliares. Además, actualmente el programa funciona en más de treinta países. El modelo ecológico, en el que se basa el Programa Multifamiliar, se conoce también bajo el nombre de escuela de Zagreb y es recomendado por la Asociación Mediterránea de Psiquiatría Social (Adams, 2008; Bennett, 1985; Troncoso, 2012).

La experiencia en Chile en el campo de las dependencias está asociada a los nombres de los doctores Jorge Mardones, Juan Marconi y José Horwitz. Precisamente de la mano de este último, en los '70 se comenzó a implementar en el actual “Instituto de Psiquiatría Dr. J. Horwitz” una de las formas de tratamiento extra-hospitalario u hospitalización parcial, como comunidad terapéutica. Esta modalidad contaba con la participación activa del dependiente y de su familia, el equipo de profesionales médicos y no médicos del “sector n°6” y de algunos profesionales voluntarios. El Dr. Troncoso, quien posteriormente implementaría el Programa Ecológico Multifamiliar en Chile, participó también de este equipo. La posibilidad de iniciar este sistema de trabajo se debió tanto a la visión de futuro del Dr. Horwitz como a su amistad con el profesor Vladimir Hudolin (Troncoso, 2003).

Si bien estas experiencias pioneras eran bastante prometedoras, los hechos históricos ligados al año 1973 y el subsiguiente gobierno militar en Chile hicieron inviable continuar este trabajo, particularmente debido a la prohibición de reunirse. Entonces, el Dr. Mauricio Troncoso optó por exiliarse en Croacia, donde tuvo ocasión de estudiar varios años con el profesor Hudolin y posteriormente de ayudarlo a implementar el Programa Ecológico Multifamiliar en Italia. Una vez que regresó a Chile, el Dr. Troncoso adaptó el Modelo que está a la base de dicho programa al contexto local sudamericano y comenzó a implementar el programa en el área Norte en 1993, en la

---

<sup>9</sup> En este trabajo vamos a utilizar el término *clubes* como equivalente a grupos de autoayuda multifamiliares, aunque puedan existir diferencias en la última conceptualización de Troncoso (2012).

comuna de Renca, en el área Norte de Santiago de Chile. Posteriormente se implementó en el servicio de psiquiatría del Hospital Barros Luco Trudeau. En 1998 se inauguraron grupos de autoayuda multifamiliares en las comunas de Buin y Cerro Navia. Actualmente el PEM se está desarrollando en todas las comunas del área Sur y en otras comunas de la región Metropolitana. Otras regiones que cuentan con el programa son la V, VI, VII y XI<sup>10</sup>.

Las modificaciones y adaptaciones del programa al contexto de Chile se mencionarán tras revisar algunos de sus conceptos básicos.

---

<sup>10</sup> Actualmente Chile cuenta con 15 regiones, que son el equivalente nominal de las comunidades en España. La Región Metropolitana concentra el 40% de la población, según los datos del Instituto Nacional de Estadística de Chile (2008).

### III. DESCRIPCION DEL PROGRAMA

La descripción que a continuación se presenta está basada en el libro base del Programa Ecológico Multifamiliar en Chile, escrito por el Dr. Mauricio Troncoso: “Abordaje Multifamiliar en dependencias”. La siguiente descripción es un resumen sucinto de los elementos operacionales, complementado con la propia experiencia del autor de este trabajo, tras participar entre el 2004 y 2006 como parte del equipo profesional voluntario de este programa, en todos sus segmentos.

#### 1. Características.

El programa se denomina *ecológico* debido a que, así como en el medio ambiente se busca mantener descontaminado el aire y la naturaleza, éste programa busca descontaminar las ideas y el contexto social. Para ello, procura combinar lo biológico, social, cultural, psicológico, existencial y filosófico (Troncoso, 2003). Comparte algunas características con el modelo ecológico usado en psicología comunitaria, como su interés por el énfasis en lo local y la interdependencia ambiente-persona (Chacón & García, 1998), aunque no se fundamenta en aquel. Esto no es sorprendente puesto que tanto la psicología comunitaria como la psiquiatría comunitaria tienen sus orígenes en el movimiento de salud mental comunitaria de los años 60, aunque como explicaremos más adelante las raíces del modelo ecológico pueden encontrarse a partir de la psiquiatría social de Maxwell Jones (Adams, 2008; Humphreys, 2004; Troncoso, 2003).

Según Troncoso (2003) los pilares epistemológicos<sup>11</sup>, en que los se sustenta el PEM son la territorialidad, la participación, el abordaje multifamiliar, la antropología espiritual, la educación continua y la importancia del voluntariado. No obstante, desde una perspectiva teórica estos principios deberían considerarse más bien como el marco del modelo operativo del programa (Martínez, 2006).

---

<sup>11</sup> “Pilares epistemológicos” en una denominación usada en el PEM, que en realidad no corresponde con lo que se considera epistemología, pero hemos respetado como lo utiliza Troncoso.



## **1.1 Territorialidad**

La territorialidad es importante porque plantea que los problemas relacionados con el consumo y las dependencias se solucionan en el contexto donde surgen y están provocando dificultades. Esto evidentemente cuestiona el rol del internamiento de los afectados, en parte porque se les saca de su contexto natural y al volver a éste los problemas reaparecen. La experiencia ha demostrado que en la gran mayoría de los casos la hospitalización es insuficiente e ineficiente para tratar estos problemas. Por otra parte, para promover este trabajo territorial se implementa una extensa red de auto-apoyo, protección y auto-gestión a través de los grupos multifamiliares (Troncoso, 2003).

## **1.2 Participación**

La participación es otro de los pilares del PEM y se refiere a que los sujetos que presentan el problema se recuperaran antes y mejor si participan en los mecanismos para resolver sus conflictos. Por esta razón lo que en otros programas pueden ser vistos como pacientes en este programa se les conoce como usuarios. La participación se produce a través de la auto-defensa, auto-cuidado, auto-ayuda y auto-gestión. Estos conceptos serán explicados cuando se trate el concepto de Salud del programa.

## **1.3 Abordaje multifamiliar**

El abordaje multifamiliar del problema de las dependencias del alcohol y otras drogas es otro elemento clave de este programa, que coincide con una visión sistémica del problema, al requerir que en el tratamiento se incluyan a los familiares del usuario con dependencias. Esta es otra de las razones por las que se evita en lo posible la hospitalización de los adictos, puesto que no es sólo el dependiente quien tiene la responsabilidad de su problema, sino que su familia es corresponsable y por ende, también debe realizar un cambio. Ahora bien, como se busca un cambio socio-cultural, se promueve que exista un intercambio entre las familias del programa entre sí y con otras familias (Troncoso, 2003).

### **1.4 Antropología espiritual**

Se trata de una concepción de la espiritualidad que no tiene un sentido religioso, sino que está fundamentada en los valores humanos. La antropología espiritual se refiere a que no es suficiente sólo con la abstinencia, sino que el usuario y sus familiares, al dejar el alcohol u otras drogas, deben desarrollar un estilo de vida cualitativamente diferente, marcado básicamente por el respeto, la solidaridad y demás valores humanos que mejoran la convivencia.

### **1.5 Concepto de Educación.**

La educación continua es esencial para que el voluntariado que trabaja en el programa esté efectivamente preparado para realizar su labor. Es un proceso que procura permanentemente adquirir nuevos conocimientos, promover la inquietud intelectual e impedir que los postulados del programa se conviertan en dogmas. Se trata de un proceso a largo plazo. La educación continua se divide en tres niveles, que se explicaran más adelante (Troncoso, 2003).

### **1.6 Concepto de Voluntariado.**

Los voluntarios del programa son necesariamente alumnos del programa de educación continua y luego son docentes de ella, coordinadores de grupos, consejeros en la recepción de nuevas familias en los grupos multifamiliares, establecimientos de atención primaria y unidades de urgencia. Por ello el voluntariado en el PEM implica un proceso de educar y promover a través del trabajo consigo mismo y con los demás. Usualmente los voluntarios proceden de las propias familias usuarias del PEM, aunque también se cuenta con voluntarios cuyas familias no presentan problemas con el consumo de sustancias. Obviamente, el voluntariado es también un elemento principal del programa, puesto que más del 95% del trabajo en sus diferentes segmentos es llevado a cabo por voluntarios.

### **1.7 Contexto social y dependencias.**

Tradicionalmente se han dado dos grandes tipos de explicaciones para el consumo de sustancias: una genética y otra cultural. La primera afirma que el alcoholismo es un estado biológicamente determinado y cuya predisposición se transmite genéticamente.

Esta perspectiva ha servido de base para definir la dependencia a alguna sustancia como una enfermedad. A su vez esto genera dentro del sistema familiar la idea de vivir con un enfermo y en éste la idea de comportarse como tal, estableciendo relaciones y generando constructos (propósitos y significados) que perpetúan dichas relaciones en su vida cotidiana (Troncoso, 2003).

La segunda perspectiva, en la que se basa el PEM, tiene relación con la transmisión cultural y sostiene que las actitudes, los valores y las prioridades conductuales de una sociedad, por ejemplo las relacionadas con el uso de drogas, se transmiten de generación en generación, mediante el proceso de socialización. La familia es tradicionalmente la que se ha postulado como la institución con mayor responsabilidad en este proceso socializador. Lo interesante de este punto de vista es que la familia puede transmitir los valores y las conductas que ha incorporado desde lo cultural, de generación en generación.

### **1.8 Concepto de familia**

Es necesario aclarar que en el PEM se concibe la familia como dos o más personas que ya sea por un vínculo legal, consanguíneo, afectivo, o porque viven juntas, se define como tal. Por tanto, no se refiere exclusivamente al parentesco legal.

### **1.9 El estilo de vida**

Lo central del trabajo que se realiza en los clubes multifamiliares, y que se refuerza en los otros segmentos del programa, es procurar cambiar el estilo de vida de las familias. Por *estilo de vida* se entiende todo un conjunto de relaciones que la familia va desarrollando a lo largo de su vida y que tiene como base la historia de vida que aporta cada miembro. Este estilo comprende la manera de relacionarse con otros, en particular con la familia, y un conjunto de creencias, racionalizaciones y justificaciones, isomorfismos culturales, incluyendo las maneras de divertirse y las estrategias de resolución de problemas, que estructuran un modo particular y específico de vivir. Si bien no existe un prototipo de familia que con seguridad se pueda afirmar que desarrollará dependencia, existen conductas de riesgo, sin ellas la dependencia no se

produce (Troncoso, 2003). Esto es congruente con lo encontrado por P. J. Flores (1998) en su experiencia de trabajo con grupos psicoterapéuticos en Estados Unidos.

La aceptación por parte de la familia del consumo de sustancias (sin considerar la libertad del no consumo como una posibilidad igualmente válida) es una conducta de riesgo.

Las reacciones ante el consumo de sustancias constituyen otras conductas de riesgo: aceptar el consumo, establecer situaciones de violencia (como una forma de comunicarse), adaptarse a esta situación (asumiendo responsabilidades y protegiendo al consumidor), ocultar el consumo ante los demás (vecinos, amigos y otros familiares) encubriendo al miembro que consume especialmente en lo referente a situaciones laborales, etc. (Troncoso, 2003).

Habitualmente ante estas reacciones no hay cambios de conducta, es decir, el miembro que consume lo sigue haciendo y la parte de la familia que no consume comienza a sentirse sola (teniendo la sensación de haberse sacrificado por el miembro que consume). Por otra parte, el dependiente “húmedo” (quien consume) también se siente sólo, como si todos estuvieran en contra de él. Se genera entonces un clima de mucha violencia.

Simultáneamente, la parte de la familia que no consume desarrolla diversos problemas: cefaleas, insomnio, agresividad en los niños, problemas escolares, depresión, etc. De esta manera, Hudolin (1969, 1984) presenta la metáfora del *Dependiente Húmedo*<sup>12</sup> (representa la parte del sistema que consume alguna sustancia) y el *Dependiente Seco* (la parte del sistema que no consume la sustancia, pero que sin embargo tiene un estilo de relaciones y de comunicación que propicia y permite que la otra parte del sistema consuma sustancias), donde ambos son partes de un sistema total que es disfuncional, homeostático y ligado a mantener un estilo de vida que es el único que conocen (Troncoso, 2003).

---

<sup>12</sup> A lo largo de este trabajo usaremos también la denominación *usuario índice* para referirnos a quien consume y por ello, “aparentemente” es quien presenta el problema.

Todo esto muestra una forma de vida, un estilo de vida que es necesario cambiar. Para lograrlo es vital incorporar nuevos elementos al sistema que produzcan situaciones de crisis (cambios de orden que alteren la funcionalidad y homeostasis), de manera que se facilite y promueva un estilo de vida que permita mejorar la calidad de vida de estas familias.

### **1.10 Cambio Cultural**

El efecto del programa sobre la comunidad apunta a un cambio socio-cultural, que va más allá de los individuos y de las familias que participan de los grupos. La idea central es defender la libertad del No consumo. Esto queda más claro si se considera que la libertad de consumo, en particular del alcohol, está ampliamente difundida. No obstante, no se puede decir lo mismo de la libertad del no consumo, debido a la enorme presión social para consumir alcohol en los eventos sociales (Troncoso, 2003).

## **2. Segmentos del Programa Ecológico Social Multifamiliar.**

Los segmentos son las distintas áreas de trabajo o componentes del PEM. En cada uno de ellos encontramos aspectos diferenciales que nos proporcionan una visión más completa de éste programa.

### **2.1 Grupos de autoayuda multifamiliares.**

Estos están compuestos por un máximo doce familias, si se supera este número de dividen dos. Cada grupo está a cargo de un coordinador, un trabajador socio-sanitario o TSS<sup>13</sup> debidamente preparado. La duración de cada sesión es de hora y media. La reglas del club incluyen: 1. Ser puntual al inicio y término de la sesión. 2. No hablar de las personas ausentes. 3. No hablar de política ni de religión ni de deportes (Troncoso, 2003).

Una diferencia importante con otros programas de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos, es que la familia se incorpora al mismo grupo, no en instancias separadas como en otros programas. Una segunda diferencia es que la espiritualidad está basada

---

<sup>13</sup> TSS: trabajador socio-sanitario. Es la denominación oficial que tienen las personas que están preparadas para coordinar un grupo de autoayuda multifamiliar.

en valores humanos y no en un “poder superior” como los programas del estilo de AA. Otra diferencia clave es que se evita centrarse en el tema mismo del consumo (qué, cuándo, cuánto, cómo y dónde se consume), puesto que es tan solo una estrategia para evitar hablar de los problemas que subyacen en el fondo de las personas, los que están ligados al estilo de vida. Por el contrario, se procura hablar de lo que la persona siente en ese momento y de las dificultades relacionales que ha tenido durante la semana. Un cuarto elemento diferenciador de este programa con respecto a otros, es que se realizan visitas a las personas que no acuden a la sesión, efectuadas por los mismos usuarios. Esta es una característica muy ligada a la territorialidad puesto que los usuarios viven cerca unos de otros, lo que facilita las visitas domiciliarias. Aunque ésta no es una práctica exclusiva del PEM en el panorama internacional de los grupos de autoayuda (Humphreys, 2004). Un quinto elemento crucial que diferencia este programa de Alcohólicos Anónimos y de la URACH (Unión de Alcohólicos Rehabilitados) es que al tener a la familia como unidad de trabajo, la dependencia no se considera una enfermedad sino un problema. Esto implica eliminar el sesgo pasivo e individual que tiene el concepto de enfermedad (J. A. Flores, 2008; Troncoso, 2003). Finalmente, una diferencia especialmente destacada es que en el PEM pueden participar en el mismo grupo personas con problemas con diversas sustancias.

## **2.2 Grupos multifamiliares experimentales.**

Se realiza en la Unidad de Dependencias del CHBLT, donde las familias se distribuyen por los sectores geográficos de la ciudad de Santiago de Chile. Este es un trabajo similar al generado en los grupos multifamiliares territoriales, pero en este caso cuenta con la presencia de un profesional durante la sesión (independientemente de que la recepción de nuevos usuarios en la Unidad de Dependencias sea realizada individualmente por profesionales). El propósito de este segmento es servir como una experiencia de aprendizaje, que sirva también al profesional para aprender como es el trabajo con las familias.

### **2.3 Comunidad terapéutica multifamiliar.**

Está ubicada en la Unidad de dependencias del Hospital Barros Luco, a cargo del Dr. Troncoso o, en su ausencia, de alguno de los otros profesionales de la Unidad. La idea es reunir a los grupos experimentales y trabajar los casos más difíciles en esta instancia frente a toda la comunidad multifamiliar.

### **2.4 Educación Continua**

Este segmento del Programa Ecológico Multifamiliar consta de diferentes niveles, cada uno con sus propias funciones y características. Lo esencial es que las familias usuarias del programa se integren en un proceso constante de aprendizaje ininterrumpido. En este segmento es donde se incluyen las escuelas de primer, segundo y tercer nivel, que se explicarán a continuación. Es importante recalcar que todas las escuelas son periódicas y gratuitas. Adicionalmente las de primer nivel son de libre acceso para todos los que deseen participar. Es decir, son abiertas a la comunidad.

#### **2.4.1 Escuelas Territoriales de Primer nivel**

En un primer nivel se encuentran las escuelas territoriales de primer nivel, que como su nombre lo indica son las más próximas al territorio de cada grupo multifamiliar, idealmente en cada comuna<sup>14</sup> en la que funciona el PEM. En estas escuelas se explican los principios básicos del programa y se prepara a los asistentes para que puedan coordinar un club al finalizar el curso, aunque no es obligatorio que lo hagan, puesto que estas escuelas también contribuyen a la difusión del programa fuera del mismo. Para poder coordinar un grupo de autoayuda multifamiliar se requiere pasar por una escuela de primer nivel. Generalmente las sesiones son de tres horas, un día a la semana por espacio de 8 meses. Los contenidos de las escuelas son revisados periódicamente por un comité de educación continua, compuesto por profesionales voluntarios y coordinadores antiguos<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Comuna es el equivalente a distrito en España.

<sup>15</sup> Todos los coordinadores son voluntarios. Hacemos la distinción de profesionales y profesionales voluntarios para referirnos, en el primer caso, a aquellos que dentro de su jornada laboral apoyan la labor del PEM.

### 2.4.2 Escuelas Territoriales de Segundo nivel

El segundo nivel es probablemente el más difícil de comprender por su complejidad, además ha sufrido modificaciones en diversos momentos (J. A. Flores, 2008). Se prioriza la participación de las personas que hayan completado el primer nivel de educación continua, en particular de los coordinadores de clubes multifamiliares. Si bien no se excluye a otras personas que quieran asistir, algunos de sus espacios son más restringidos. Según Troncoso (2011) se pueden distinguir tres aspectos en este nivel:

- a. **Área teórica.** Los contenidos se articulan de acuerdo a las necesidades locales de los clubes, de manera que cada comuna puede elegir los temas en los que desee profundizar y entonces se buscan las personas apropiadas, profesionales o coordinadores con experiencia, para impartir esas clases. Los temas pueden estar relacionados indirectamente con el consumo, como por ejemplo estilos de crianza, o más directamente, como la violencia intrafamiliar.
- b. **Área de auto-cuidado.** Se favorece la creación de grupos de auto-conocimiento y autocuidado conformados por los coordinadores de clubes. En estos grupos, los coordinadores tienen espacio para tratar con los problemas que surgen en las relaciones entre las familias y que no se han resuelto en los grupos de autoayuda multifamiliares.
- c. **Área administrativa.** Esta destinada a gestionar un funcionamiento óptimo de los clubes, las escuelas territoriales de primer nivel y también a gestionar la relación de los clubes con el sistema sanitario y los profesionales.

La confusión que a veces se ha generado en la práctica respecto a este segundo nivel se relaciona con al menos tres aspectos, todos vinculados a que en una sola reunión se deba dar cabida a las tres áreas. Primero, a lo largo del desarrollo del PEM en Chile, a veces el área de auto-cuidado ha estado ausente en el segundo nivel debido al tiempo consumido por las otras dos áreas, siendo la última la que más tiempo consume. Segundo, la asistencia a las reuniones de segundo nivel a veces ha incluido exclusivamente a coordinadores y otras veces también a familias de los clubes. En este último caso las familias se benefician del área teórica, puesto que se puede adaptar a las necesidades de información que requieran éstas en un momento determinado. Sin embargo, en este caso los coordinadores han tenido poco o ningún espacio para el



autocuidado. Tercero, en el área de autocuidado no queda claro el límite entre lo que es propiamente autocuidado (tratar los problemas personales que tienen los coordinadores en el club) y lo que supervisión (abordar los temas difíciles que surgen en casos concretos en los clubes), aunque es importante abordar ambos (J. A. Flores, 2008).

#### **2.4.3 Escuelas de Tercer nivel**

Finalmente, se encuentra la escuela de tercer nivel, en la que anualmente se actualizan los conocimientos sobre las dependencias y las complicaciones derivadas de ellas. Estas escuelas se realizan habitualmente en salas facilitadas por la Universidad de Chile, colindantes con el Hospital Barros Luco Trudeau. La idea en estas escuelas es invitar a profesionales especializados que puedan dar cuenta de los avances en las distintas áreas, desde las complicaciones gastrointestinales a las psicológicas, incluyendo también la posibilidad de dar a conocer otros modelos de trabajo en el tratamiento de las dependencias. Esta escuela va dirigida a personas que hayan completado las escuelas de primer nivel y a los profesionales que quieran participar. No es prerequisite haber participado en el segundo nivel (Troncoso, 2003).

### **2.5 Consejería**

Es un trabajo de primer contacto realizado por los TSS y voluntarios usuarios del programa que lleven más tiempo, una vez que el usuario ha sido atendido por los equipos de salud. La idea es motivar desde la propia experiencia al nuevo usuario a ser parte del programa, acogiéndolo de una manera cálida<sup>16</sup>.

### **2.6 Turnos de urgencia.**

Es un segmento que sólo se ha implementado en el servicio de urgencia del Hospital Barros Luco y en algunos consultorios del área sur de Santiago de Chile. La idea es que el voluntario informe del programa a las personas que llegan a consultar por problemas de intoxicación por drogas o a sus familiares, de manera que estos conozcan donde pueden acudir para tratar sus problemas. Además, brinda una oportunidad de compartir su propia vivencia como usuario del programa.

---

<sup>16</sup> Conservamos la palabra “consejería” que es como se usa en el PEM, aunque puede entenderse como asesoramiento.

## **2.7 Supervisión**

El Programa Ecológico Social Multifamiliar requiere un ajuste permanente que se realiza a través de diferentes niveles y espacios de supervisión, que tienen como objetivo velar porque los conceptos centrales del programa se apliquen adecuadamente y potenciar y mejorar la calidad del trabajo de los clubes, aprendiendo de la experiencia de otros clubes y compartiendo las dificultades que este trabajo conlleva (Troncoso, 2003).

Un primer espacio sería el de auto-supervisión: los coordinadores se reúnan mensualmente, revisando las dificultades y pueden, de acuerdo a su experiencia compartida, resolver algunas de ellas. Existe un segundo nivel de supervisión si las dificultades persisten: el comité auto-gestor, donde se integra además algún profesional del programa. Un tercer espacio sería la supervisión en terreno de algún otro coordinador del mismo territorio o de otra localidad. Esto se denomina visita en terreno. Un cuarto espacio es la participación de los coordinadores en la escuela segundo nivel de la educación continua. Finalmente, un quinto espacio es la reunión con todos los coordinadores en la Unidad de Dependencias del Hospital Barros Luco, junto con el Equipo de profesionales del programa y el director del programa (Troncoso, 2003).

## **2.8 Promoción y difusión.**

Estas actividades además de difundir el programa, sirven para que los usuarios de diferentes clubes se conozcan y compartan sus experiencias, además de sus observaciones respecto al programa.

*Jornadas Inter.-clubes:* son eventos públicos de sensibilización y de difusión sobre el problema de las dependencias. En ella participan las familias de los clubes, figuras de relevancia de la comuna: autoridades comunales de salud, educación e Iglesia, Bomberos, Cruz Roja, Carabineros, Clubes deportivos, junta de vecinos, etc. Durante estas jornadas se desarrollan temas específicos y se evalúan las metas y propósitos del programa.

*Congresos:* son actividades docentes de carácter nacional y públicas, cuyo propósito es favorecer la difusión del abordaje multifamiliar de las dependencias, así como la actualización de conceptos ligados al trabajo desarrollado en todo el país en el campo de las dependencias. Se invita a las familias de los clubes de todo el país y a autoridades de relevancia nacional (Troncoso, 2003).

Otras instancias del programa que solamente mencionaremos son el comité de ayuda solidaria, la generación de proyectos, el registro estadístico y el comité de finanzas.

### **3. Concepto de Salud del Programa Ecológico Social Multifamiliar.**

El PEM tiene un carácter bio-psicosocial que considera que la salud es una responsabilidad social y de la comunidad. Algunos elementos claves del concepto de salud que maneja el Modelo Ecológico Multifamiliar, inspirados en la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), son:

- La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el proceso por el cual el ser humano desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y social.
- El concepto de salud es dinámico y cambiante, su contenido varía de acuerdo a las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad.
- La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, siendo además una responsabilidad personal, por lo tanto debe promoverse la auto-responsabilidad para defender, mantener y mejorar la propia salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto al sistema sanitario.
- La promoción de la salud es una tarea interdisciplinar.
- La salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad en su definición operativa y en la gestión y control del sistema sanitario. En suma, hay

que pasar de una política de espera a una política de búsqueda, fomentando la participación comunitaria en la gestión de los recursos y servicios sanitarios.

Este modelo plantea que la participación comunitaria movilizará y potenciará los recursos humanos y materiales, tanto colectivos como individuales. De esta manera, cada ciudadano pasará a ser, si no el protagonista, al menos un agente activo y muy importante de su propio cambio y desarrollo.

### **3.1 Concepto de Salud Mental utilizado por el PEM.**

La salud debe ser comprendida como “el estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual” (OMS, 1978). De esto se desprende que el ser humano debe establecer unos correctos sistemas de adaptación a su entorno y evitar, en la medida de lo posible, que las variaciones que se produzcan en su ecosistema le afecten negativamente. Considerando que el ambiente y el ecosistema son un conjunto de procesos dinámicos, también lo será la salud con objeto de salvaguardar la estabilidad y lograr una estrecha interacción que sea beneficiosa tanto para el individuo como para el ecosistema.

Desde esta perspectiva una persona con buena salud mental cumpliría con los siguientes criterios:

1. Establecer interrelaciones satisfactorias con sus semejantes.
2. Conocer bien su ambiente (ventajas e inconvenientes) con el propósito de contribuir a su mejora jugando un papel activo y productivo.
3. Identificar y asumir un rol social específico con objeto de potenciar su personalidad.
4. Que le permita solventar satisfactoriamente los conflictos y tensiones que vayan surgiendo.
5. Consiguiendo, finalmente, una adaptación flexible a su medio y al juego de influencias e interacciones que ello comporta (Troncoso, 2003).

En la misma línea está la definición de la salud de la Federación Mundial para la Salud Mental (2012). Esta institución considera que la salud mental es el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes, en la medida que apunta al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, teniendo en cuenta el contexto donde se desarrolla. Por tanto, es la propia comunidad a través de su organización y forma de vida la que estimula y condiciona, determina o contribuye a determinar en forma cuantitativa y cualitativa la salud mental de sus miembros. En suma, se pretende transformar a cada persona en sujeto activo de su propio tratamiento, desarrollando sus capacidades plenamente (Troncoso, 2003).

El PEM está basado en los principios de la psiquiatría comunitaria, relacionados con tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Entre estos principios se puede mencionar:

#### **3.1.1 Auto-defensa**

La auto-defensa está ligada a la prevención primaria: impedir que sucedan las dependencias o las complicaciones derivadas de ellas. Consiste en evitar la transmisión social y cultural del uso de sustancias que provocan dependencias, mediante el desarrollo de una mejor calidad de vida, al movilizar todas las energías de las familias.

#### **3.1.2 Auto-cuidado**

El auto-cuidado está también ligado a la prevención primaria se basa en la idea de que: “nadie mejor que YO puede cuidar mi propia salud y la de mi familia”. De esta manera se busca fortalecer los valores que están en la base de una convivencia familiar sana.

#### **3.1.3 Autoayuda**

La autoayuda está ligada a la prevención primaria, pero también a la secundaria: el tratamiento de las dependencias al alcohol u otras drogas. Por tanto, se traduce en el desarrollo de competencias, recursos, capacidades o potencialidades mediante el trabajo en los clubes multifamiliares (Troncoso, 2003).

### **3.1.4 Auto-gestión.**

Mediante la auto-gestión se busca difundir el programa e impedir las complicaciones médicas y recaídas en el consumo de sustancias. La auto-gestión implica crear las posibilidades de autonomía, responsabilidad y participación. La idea es trabajar en la comunidad buscando los espacios para implementar el desarrollo de los clubes multifamiliares y mantener un trabajo en red en las distintas instancias dentro del PEM y fuera de éste.

### **3.2 Ventajas del trabajo en Red del Programa Ecológico Social Multifamiliar.**

El trabajo en red que propone este modelo, al considerar a la familia como unidad de trabajo y a las personas como agentes de sus propios cambios, cumple algunas funciones que permiten fortalecer los recursos psicológicos de las personas y las familias, promoviendo un estilo de vida diferente al que han llevado hasta ingresar al programa. Según la clasificación de Sluzki (1996) encontramos que las funciones que están presentes en el programa son<sup>17</sup>:

1. Compañía social: realización de actividades conjuntas, o simplemente el estar junto a otros.
2. Apoyo Emocional: mediante intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía empatía, estímulo y apoyo; es el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad de otros sin ambivalencias.
3. Guía Cognitiva: debido a que las interacciones están destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y promover pautas de acción saludables.
4. Regulación Social: en las interacciones se recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizando las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas, permitiendo disipar la frustración y la violencia y favoreciendo la resolución de conflictos.

---

<sup>17</sup> Se ha optado por conservar en éste apartado las fuentes que se cita en los documentos del PEM, aunque evidentemente se podría citar una cantidad mayor y más actualizada de fuentes bibliográficas, ver por ejemplo Barrón (1996), Gracia (1997; 2011), López-Cabanas y Chacón (2003) y Sluzki (2010).

5. Ayuda material y servicios: ésta se presta mediante la colaboración específica sobre la base del conocimiento experto o ayuda física incluyendo los servicios de salud.
6. Acceso a nuevos contactos: se genera contactos con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del usuario.

#### **4. Diferencias con el modelo italiano.**

Se considera como referente el modelo italiano, porque es el país donde más se ha desarrollado el programa, contando actualmente con aproximadamente 2400 clubes multifamiliares. Si bien las diferencias que presenta esta versión con la aplicada en Chile son importantes. En primer lugar en Italia el programa funciona con absoluta independencia de la sanidad pública y con ninguna intención de mezclarse, más allá de un nivel de coordinación de derivaciones. Esto puede permitírsele en gran parte, porque la situación económica es muy distinta, pudiendo los miembros de los clubes italianos hacer alguna contribución que les permite contar con los espacios físicos y otros suministros necesarios, adicionalmente cuentan con el respaldo económico de la ACRI (Asociación de Cooperación Cristiana Internacional). En Chile hubiera sido impensable lograr la difusión y mantenimiento del programa sin contar con la colaboración de la salud pública, aunque ésta se haya limitado a una parte de ella.

A consecuencia de la diferencia en capacidad económica, en el programa italiano las escuelas territoriales de todos los niveles pueden realizarse de manera continua, en una o dos semanas dependiendo del nivel, puesto que pueden contar con tiempo y recursos para financiar su estancia en algún lugar (Dimauro et al., 2004). En Chile, por el contrario, los voluntarios tienen un tiempo limitado, si es que están trabajando, o una falta de recursos notoria si no lo están. Luego puede incluso faltarles el dinero para la locomoción para asistir a las escuelas territoriales, lo que también puede decirse respecto a su asistencia a los clubes (J. A. Flores, 2008).

Otra diferencia importante es que el modelo italiano trabaja sólo con dependientes del alcohol, denominándose incluso sus escuelas de educación continua Escuelas de Alcoholología (Dimauro et al., 2004).

Un punto de controversia entre ambas versiones es el papel del profesional, puesto que en el programa italiano el profesional no tiene cabida para participar en el programa en tanto profesional, sino que debe hacerlo en las mismas condiciones que cualquiera de sus miembros. Además el programa italiano tiene estrategias de gestión y evaluación bastante cerradas. En tanto que en Chile se considera que el profesional puede hacer una aportación importante en tanto tal, además de ser también necesario una mayor apertura en la gestión y evaluación.

Curiosamente en una de las últimas revisiones el modelo italiano se rechaza la conceptualización de los clubes como grupos de autoayuda, para considerarlos simplemente un grupo de familias integradas en la comunidad. Este es un punto impensable para los gestores del programa en Chile, ya que los clubes cumplen en la práctica con todas las características de un grupo de autoayuda. Además, esto no impide que los distintos segmentos del programa se articulen adecuadamente con la comunidad.

## **5. Efectividad del programa.**

La efectividad del programa se refleja en la reducción de consultas en los servicios de urgencia y en la disminución considerable de las hospitalizaciones. También es necesario mencionar que la adherencia es buena, puesto que un 30% de los usuarios permanece en el programa más de tres meses, lo que es alentador si se compara con otros programas de tratamiento en adicciones, incluso cuando estos tienen una selección rigurosa. Esta alta adhesión se atribuye al trabajo con las familias, las cuales contribuyen a motivar al dependiente y pueden asistir incluso si él no asiste, lo que a la larga le motiva a reintegrarse (Troncoso, 2003).

### **5.1 Retroalimentación desde la práctica.**

En la práctica la implementación del PEM ha contribuido a la descongestión del sistema de salud pública en Chile, como lo refiere el Dr. Diez de Medina (2012, enero) Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital de Combarbalá. Además, el rápido y fácil acceso que tienen los usuarios a los grupos de autoayuda multifamiliares permite que reciban ayuda sin demoras. Ambas características son compartidas con los grupos de autoayuda en general (Humphreys, 2004). Otro aspecto importante, y hasta donde sabemos no



mencionado en la literatura, es la disposición diferente con la que llegan los usuarios a los servicios de salud mental tras comenzar a asistir a los grupos de autoayuda multifamiliares. En distintos servicios de la región de Coquimbo, los profesionales refieren que las familias llegan “ablandadas” a la consulta (Toledo, 2012, enero). Es decir, tienen una mejor disposición a recibir ayuda, porque su resistencia a reconocer el problema es menor y/o por que tienen más claro su motivo de consulta, lo que permite proporcionarles una mejor atención. Esto es especialmente relevante dado el escaso número de sesiones que habitualmente se pueden proporcionar a cada usuario en la sanidad pública de Chile (habitualmente entre 8 y 10 sesiones), aunque claramente lo recomendable para un cambio terapéutico significativo es mayor que esa cifra (no es infrecuente encontrar investigaciones con tratamientos “breves” de 20 sesiones, lo que marca aun más la diferencia entre teoría y práctica). Esta característica mencionada permite que los profesionales puedan aprovechar mejor el tiempo del que disponen para trabajar con los usuarios.

Un sistema de recepción de usuarios bastante innovador utilizado por el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria de Punta Mira, se denomina “selector de demanda”. Éste consiste en que todos los usuarios que ingresan en el sistema se reúnen en grupo con dos profesionales durante una sesión y abordan los temas por los que acuden a consulta. Los profesionales valoran las necesidades de cada usuario, derivando directamente a grupos de autoayuda multifamiliares a los que puedan beneficiarse de ellos, y a consulta individual según sea necesario, especialmente en los casos más complejos. Eventualmente todos los usuarios son atendidos por profesionales, pero ésta estrategia permite priorizar, y prestar una mejor atención y constituye una forma novedosa de derivar rápidamente a los grupos, además de ejemplificar que los equipos de salud mental pueden hacer propuestas interesantes.

Todo lo anterior es particularmente importante, puesto que superar la brecha comunicacional entre los investigadores y los profesionales “en primera línea” (los que trabajan directamente en la implementación) es fundamental (Miller, Sorensen, Selzer, & Brigham, 2006), tanto para “contrastar” si lo que en las investigaciones controladas funciona es igualmente útil en la práctica, como para incorporar las inquietudes e ideas de quienes directamente intervienen para generar investigaciones relevantes.

## 5.2 El potencial efecto de la repetición.

Hemos observado, tras asistir a numerosas sesiones, un elemento que podría mejorar la comprensión de la aportación que hacen los grupos de autoayuda: la repetición constante del mensaje de cambio. Es habitual que cuando los usuarios exponen sus problemas en el grupo los demás usuarios/familias les ofrezcan sus perspectivas de cómo se podría afrontar o qué harían ellos si estuviesen en una situación similar. No obstante, lo curioso es que eso se puede repetir muchas veces: la persona/familia cuenta su problema y el grupo responde (además de con cierto grado de cordialidad) con sugerencias. Cuando esa persona/familia lleva más tiempo, más probable es que haya escuchado las observaciones del grupo sobre algunos aspectos de sus propios problemas. Por otra parte, a veces el problema es el mismo, aunque haya pasado un mes o más. Sin embargo, en algún momento esa persona/familia parece cambiar, y esto puede darse después de que ha recibido quizás quince o más veces la misma retroalimentación (repartidas en varios meses). Esto puede sumarse a retroalimentaciones similares proporcionadas por el grupo a otros miembros sobre problemas parecidos, que serían algo así como *repeticiones vicarias*, porque el mensaje puede recibirse a través de lo que se les dice a otros. De hecho, la misma persona/familia puede sorprenderse sugiriendo a otros miembros algo similar a lo que ella necesita para generar un cambio, en nuestro estudio cualitativo anterior lo denominamos *reflejarse en otros*, lo que sería una especie de *insight* vicario. Finalmente, se pueden apreciar pequeños cambios que va experimentando la familia, hasta que esos cambios son más notorios y reconocidos por el grupo. En todo este proceso, es destacable que las familias utilizan palabras e ideas simples para retroalimentarse unas a otras. Sin embargo, el hablar desde la experiencia personal puede que dé mayor capacidad persuasiva a sus mensajes, lo que desde luego es esperable de acuerdo al concepto de *conocimiento experiencial* propuesto por Borkman (1976). Ahora bien, no es que los usuarios no comprendan las sugerencias que reciben en las primeras sesiones, puesto que la mayoría de las veces lo hacen, sino que hay algo en la repetición constante que los “convence” de que pueden hacer un cambio.

Este efecto de repetición constante para generar el cambio no sería posible ni esperable en psicoterapia individual, puesto que generalmente ésta se concentra en generar *insights* en los usuarios sobre sus problemas, pero no en la repetición. De hecho, se

espera que cada sesión de psicoterapia individual “progrese” en sus contenidos. Luego, sería impensable repetir lo mismo durante varias sesiones, aparte de ser impracticable hacerlo durante quince o más veces (habitualmente no sucesivas en los grupos), puesto que como hemos señalado el límite de la atención en sanidad pública en Chile es bastante menor.

En consecuencia, estas observaciones nos han llevado a reflexionar sobre que la repetición constante es en sí misma una aportación de los grupos de autoayuda, que es posible en parte por la estructura informal de estos, que permite volver sobre los mismos contenidos una y otra vez. Luego, no necesariamente se trata de decir cosas muy sofisticadas y novedosas, sino que a veces el mismo y simple mensaje repetido puede promover el cambio. Sin duda, sería malgastar recursos profesionales el dedicarse a repetir un mensaje simple una y otra vez, por lo que es relevante que esto puedan hacerlo los grupos. De esta forma, estos usuarios pueden avanzar en otros aspectos en caso de ser atendidos por profesionales simultáneamente, por lo que el aporte de ambos (grupos y profesionales) puede complementarse armónicamente.

Otro aspecto importante a destacar es que el *conocimiento experiencial*, más allá de la empatía que pueda generar, permite a las familias que experimentan problemas con el consumo de alcohol u otras drogas la posibilidad de una *sinceridad vigilante*. La posible manipulación de los *usuarios índice* para ocultar sus recaídas es bastante compleja y es difícil que la preparación profesional la sortee con éxito, en parte porque a veces el concepto de alianza terapéutica se malinterpreta como simplemente generar un ambiente cordial (aunque teóricamente no es eso, pero nos referimos a la práctica). Luego los usuarios son expertos en ocultar sus recaídas (o que nunca han dejado de consumir) y pueden hacerlo muy convincente y cálidamente. En cambio, esta posible manipulación es mucho más fácil de detectar para aquellos que han consumido o que han vivido con alguien que consume (y por eso conocen las manipulaciones habituales).

En todo caso, es importante aclarar que el programa no pretende reemplazar a todas las medidas en prevención y tratamiento de las dependencias, sino que se complementa con las medidas ya existentes, articulándose con las derivaciones a los servicios médicos cuando corresponda y con otras medidas de prevención ya existentes. Además, el PEM

es evidentemente compatible con el modelo de salud familiar utilizado actualmente en sanidad pública (MINSAL, 2008).

## **6. Estado actual del PEM.**

Es relevante mencionar que desde 1998 el PEM tuvo como centro de operaciones el Complejo Hospitalario Barros Luco Trudeau. Gracias a ello, se podía contar con un lugar físico donde los grupos experimentales se reunían semanalmente. Además se efectuaba una asamblea donde se trataban algunos de los problemas más importantes y también se podían desarrollar reuniones de autogestión. Pese a cierto centralismo que provocaba esta situación, permitía contar con un equipo profesional y de coordinadores dentro de un espacio físico que coordinaban el funcionamiento de la red de grupos de autoayuda del PEM, con excepción de algunos grupos de la región del Maule, que funcionaban con el modelo italiano.

En su mejor momento, el PEM logró tener funcionando alrededor de 300 clubes, la gran mayoría en Santiago. No obstante, el 2007 diversos problemas hicieron que el PEM se desligase de la Unidad de Dependencias del Complejo Hospitalario Barros Luco Trudeau, cambiándose la jefatura y a prácticamente todo el personal. Este hecho generó grandes dificultades para mantener la conectividad de la red del PEM, a pesar de que se contó con una oficina para los coordinadores del área Sur de Santiago, cedida por la Ilustre municipalidad del Bosque. Consecuencia de este desafortunado evento, y la falta de espacio físico y de profesionales contratados, muchos grupos quedaron incomunicados con el resto del PEM y los segmentos de educación continua tuvieron muchas dificultades para seguir operativos.

Una consecuencia visible de este hecho es que muchos grupos en Santiago de Chile desaparecieron, en gran parte por una falta de apoyo de la red, pasando de 300 a aproximadamente 150 en todo el país. Esto a pesar que en la región de Coquimbo el número de grupos aumentó considerablemente.

A pesar que el trabajo desarrollado por el PEM ha obtenido reconocimiento por su calidad en diversas comunas de Santiago, y particularmente en la región de Coquimbo, esto no se ha traducido en la obtención de un espacio dentro de la sanidad pública que

permita contar nuevamente con un equipo profesional dentro de una Unidad de Dependencias del mencionado complejo hospitalario.

## **7. Responsabilidad en el cambio del estilo de vida.**

La concepción sistémica del PEM no debe malinterpretarse como una dilución de la responsabilidad de cada persona para lograr el cambio en su estilo de vida. Primero es necesario aclarar que en el PEM no se buscan “culpabilidades” sino responsabilidades. Esto quiere decir que no tiene sentido juzgar, sino que se debe buscar comprender como la familia ha llegado hasta el punto de crisis (incluso cuando el usuario índice acude solo). Cada miembro de la familia ha tomado decisiones que han perpetuado o modificado los patrones relacionales que han recibido y que la cultura contribuye a moldear. Luego el surgimiento del problema pasa por decisiones personales sobre como relacionarse con el medio, que en conjunto con las decisiones de los otros significativos para esa persona (su familia), generan un estilo de vida que permite conductas de riesgo que pueden llevar al consumo de sustancias.

En cuanto a la responsabilidad en la solución del problema, es clave una adecuada comprensión de la responsabilidad de cada miembro de la familia y para ilustrarlo recurriremos al concepto de autocuidado, uno de los principios básicos que hemos mencionado en el PEM. Un ejemplo clásico que se utiliza en la escuela territorial de primer nivel es: “el dentista puede explicarle a Ud. muy bien como tiene que lavarse los dientes, pero él no va a ir a su casa a lavarle los dientes”. Entonces, cada persona es considerada responsable de generar sus propios cambios y no es válido sentarse a esperar que otros vengán a solucionar el problema, ni siquiera otros de su propia familia. Luego, la responsabilidad de los usuarios en solucionar sus problemas nunca desaparece sino que es central para que el PEM funcione. Lo que se enfatiza es que los esfuerzos individuales no son suficientes para abordar problemas complejos. Aunque la persona que consume realice cambios en la forma de relacionarse, ya que ella se relaciona con otros de su familia (y fuera de ella), los otros también deben hacer cambios. A su vez la familia se relaciona con otras familias en la sociedad, por lo que no basta con que esa primera familia realice cambios, puesto que esto no “descontamina” totalmente las ideas y el contexto social.

Puede verse que existen niveles diferentes de responsabilidad, por lo que a veces los cambios comienzan en los familiares de los *usuarios índice* y posteriormente en ellos, pero lo central es que todos deben involucrarse en el proceso. Luego, sería impensable que se generase un cambio si en ningún momento del proceso quienes presentan el problema se comprometen activamente. En este sentido, nuevamente aclaramos que todos en la familia presentan el problema. Un ejemplo ilustrativo de como el problema se puede perpetuar, es que a veces los familiares de quien consume “arrancan” de esa persona (e.g., el padre) para terminar involucrándose en relaciones con otros consumidores (e.g., la pareja), puesto que éstas son las relaciones a las que están acostumbrados.

En suma, decir que la sociedad y la cultura tienen una responsabilidad indiscutible en los problemas de consumo de sustancias, tanto en su surgimiento como en la solución, no niega en ningún caso los diferentes niveles de responsabilidad que coexisten (incluyendo el individual) y por ello es necesario abordar de manera conjunta y sostenida en el tiempo.

#### **IV. SINTESIS DEL ESTUDIO ANTERIOR**

Con el fin de completar la información sobre el PEM, presentaremos las categorías de respuesta resultantes del estudio cualitativo previo, exceptuando el modelo de acción que se incluye en el apartado de evaluación (XIII. 2).

##### **1. Síntesis del análisis cualitativo previo.**

El estudio anterior, que se toma como punto de partida para esta investigación, fue realizado en 2006-2007 por el mismo autor del presente trabajo en la Región Metropolitana, que incluye a Santiago de Chile. Posteriormente fue publicado en una versión resumida (J. A. Flores, 2008).

Los objetivos centrales eran dos. El primero, explicitar el modelo de acción del Programa identificando la forma en que se desarrolla el empoderamiento y/o la participación, en el PEM. Es decir, como opera en la práctica.

El segundo objetivo fue identificar los aspectos que era necesario mejorar en el funcionamiento del Programa Ecológico Social Multifamiliar, con la finalidad de generar una oferta más vinculante y eficaz para captar y mantener a los voluntarios que trabajan él. Esto puede entenderse como una evaluación cualitativa, puesto que se les daba libertad a los participantes para hablar de los aspectos más favorables del programa, que han permitido su expansión, y de aquellos aspectos menos positivos, que requieren mejoras.

La metodología utilizada fue el seguimiento de la conversación social, mediante la técnica de grupos de discusión. Ésta propicia la producción libre del discurso a través de la discusión del tema propuesto, en este caso el Programa Ecológico Multifamiliar, reproduciendo en su composición y dinámicas las situaciones sociales de referencia y permitiendo la confrontación ideológica de las actitudes y percepciones respecto a éste programa.

La variable troncal fue ser o no ser voluntario-coordinador del programa. Se realizaron un total de 5 grupos de discusión, puesto que en ese punto la información se saturó. La cantidad total de participantes fue de 42 personas. 22 de ellos eran mujeres y el resto

hombres. La heterogeneidad en el interior del colectivo estuvo definida por la región geográfica a la que pertenecían (y en Santiago más específicamente por el área), la antigüedad en el programa, sexo, el género y ser dependiente directamente o familiar de un dependiente. El nivel socioeconómico no se consideró una variable importante, puesto que la experiencia en Chile, a diferencia de otros países, es que los participantes son en su gran mayoría de nivel socio-económico medio-bajo y bajo.

Considerando que dentro de un plan de evaluación general del Programa Ecológico Multifamiliar es necesario generar un instrumento de evaluación de grupos de autoayuda, es pertinente presentar los resultados obtenidos en dicha evaluación cualitativa, puesto que ha servido de referencia para generar el modelo de evaluación, y además de ella se han desprendido las dimensiones del instrumento que se presenta más adelante (J. A. Flores, 2008).

## **2. Categorías.**

Las categorías que se presentan a continuación sirvieron de base para plantear los ítems relevantes. Además, a través de estas categorías también puede reproducirse la visión que tienen los usuarios acerca de los objetivos del Programa Ecológico Multifamiliar. Se debe resaltar que estas categorías fueron construidas a partir sus propias percepciones, que es lo que sirve de respaldo fundamental a la validez del instrumento que se desarrolla. A continuación se resumen los principales resultados obtenidos

### **2.1 Cambio en el estilo de vida**

Según los propios usuarios el Programa ha permitido a los participantes generar un cambio en distintos aspectos:

- Un cambio en las reacciones, aprendiendo a controlarse, cambiar las personas que frecuentaban y a ser más coherentes.
- Un cambio interno, que consiste en ir priorizando valores diferentes, como el control, la humildad, la honestidad y la tolerancia. Estos se traducen en conductas concretas que van desde aceptar las críticas a aceptar a las personas.
- Un cambio en la valoración personal, en tres vertientes. Por una parte el aprender a quererse y por otra parte el aprender a querer a los demás de una manera sana.



Finalmente, el aprender a sentirse socialmente valiosos, a través del crecimiento que han experimentado dentro del programa.

- Se considera que las recaídas pueden ser parte del proceso de cambio. Éstas no se generan espontáneamente sino que son parte de estrategias de auto-engaño que despliega el dependiente y que siempre se acompañan de cambios conductuales previos. El tomar conciencia de esos últimos puede evitar la recaída.

## **2.2 Educación continúa**

Es una categoría crucial según la opinión de los usuarios, quienes reproducen más o menos acertadamente este segmento en la conversación social que se genera, siendo por una parte los más veteranos quienes mejor conocen la forma teórica de como debiera funcionar y los más nuevos quienes tiene una idea menos clara. No obstante, todos consideran que es la fuente principal de la experiencia de crecimiento personal para ellos. La describen como orientada a mantener y expandir el programa. Destacando los siguientes elementos de sus diferentes niveles:

- El primer nivel de formación permite sensibilizar a la comunidad y preparar coordinadores de clubes multifamiliares mediante la realización de escuelas territoriales. Estas se realizan en cada comuna.
- El segundo está orientado principalmente al auto-cuidado de los coordinadores. Este se realiza en la unidad de dependencias del complejo hospitalario Barros Luco, el primer lunes de cada mes.
- El tercer nivel está orientado a la actualización en temas de dependencias y se realiza en dependencias de la Universidad de Chile contiguas a la Unidad de dependencias.

Según los usuarios, la centralización que se produce en los dos últimos niveles genera problemas de asistencia de los coordinadores y usuarios que viven en las comunas más alejadas. Es una dificultad importante puesto que impide que algunos de los participantes asistan y participen periódicamente de estos segmentos, en especial cuando en el segundo nivel también existe un espacio destinado a la supervisión de los problemas que hay en los clubes. La credibilidad de los coordinadores que no asisten a estos segmentos se ve afectada en los clubes que tienen a su cargo. Esta centralización se debe fundamentalmente a la falta de profesionales que puedan ir a las comunas. Otra

dificultad que señalan algunos miembros, que llevan más de tres meses en el programa, es el desconocimiento de todos los segmentos del programa, lo que les impide aprovecharlos al máximo.

### **2.3 Visión familiar**

Esta perspectiva impregna todo el programa, según los usuarios. Hay al menos cinco maneras en que ésta es relevante de acuerdo a su percepción:

- Permite contextualizar el problema del consumo, puesto que el dependiente no es el único que sufre, toda su familia es afectada.
- El concepto de familia es flexible, pudiendo incluir las personas sin relaciones de consanguinidad con el al dependiente.
- En tercer lugar, la comunidad multifamiliar se trasforma en una familia alternativa para aquellos que han perdido la conexión con su familia.
- El rol de la familia, según la opinión de los participantes en los grupos de discusión, conlleva una doble responsabilidad en el problema de consumo del dependiente:
  - Por una parte en el surgimiento del problema. Esto se puede evidenciar a partir de:
    - La existencia de un patrón trans-generacional que puede transmitirse.
    - La familia del dependiente presenta un patrón de disfunción comunicacional, que incluye problemas peores que el consumo mismo.
    - Muchas veces, la familia se acomoda al dependiente, aceptando las manipulaciones de este. Si bien, adquiere la estrategia de tratar mal a dependiente, castigándolo, marginándolo o culpabilizándolo.
  - Por otra parte, en el proceso de recuperación. Cuando se presenta una crisis en el sistema familiar es el momento que puede aprovecharse para iniciar el cambio. No obstante, es preciso señalar que cuando el dependiente comienza a recuperarse, en ocasiones a la familia no le conviene reconocer los cambios. En todo caso, hay al menos 4 patrones de participación:

- Presionando al dependiente, llegando muchas veces a la presión legal para que inicie el tratamiento.
  - La participación externa de la familia: ésta no acompaña al dependiente a tratamiento aunque lo motiva a asistir.
  - La participación interna y comprometida: la familia acompaña al dependiente al tratamiento, lo que acelera el proceso de cambio y permite a la familia comprender el patrón relacional que subyace a sus problemas, permitiéndole además, aprender a enfrentar las crisis del dependiente durante su recuperación.
  - La participación sin el dependiente, que no es inusual. Es necesario decir que a medida que el cambio se produce, se genera un cambio en los valores familiares en que la comunicación afectiva se privilegia, mediante los valores mencionados anteriormente.
- Finalmente, la quinta manera en que la familia es percibida como importante es en aumentar la motivación del dependiente a participar del programa, incluso cuando éste ha iniciado el proceso de recuperación por iniciativa propia. Esta participación de la familia contribuye también a aumentar la motivación de los voluntarios del PEM al ver que ésta participa en el mismo.

## **2.4 Características del club multifamiliar**

Según los usuarios, hay siete características esenciales de los grupos multifamiliares:

- La acogida del grupo. El ser aceptados con todos sus problemas de manera cálida les permite sentirse cómodos dentro del grupo. Los participantes refieren que esto es tan importante, que es precisamente el amor y la honestidad que perciben lo que los lleva a permanecer. Además, les permite aceptar la confrontación que el grupo les va generando.
- Ver que otros tienen problemas, permite a los participantes salir del aislamiento en el que vivencian su problema a la vez que relativizar la gravedad de sus problemas, al comprobar que otros tienen problemas incluso peores.

- Comprender progresivamente su dinámica familiar, su estado actual y los cambios necesarios.
- Desarrollar valores distintos, como son la tolerancia al aceptar a los otros; la humildad al aceptar la ayuda; el control al aprender a interactuar con los otros y la honestidad al abrirse a los otros.
- La igualdad entre pares, posiblemente sea la más decisiva, ya que:
  - permite al ver que los otros tienen problemas similares generar un espacio donde ninguno tiene la autoridad para juzgar al resto, porque todos se han equivocado.
  - permite mirar más objetivamente los propios problemas, al obtenerse una visión más amplia a través del grupo.
  - Los pares obligan a la sinceridad, porque descubren con facilidad cuando el usuario está mintiendo, lo que desde su propia experiencia no les ha sucedido cuando están en psicoterapia individual, en que sienten que es mucho más fácil ocultar las cosas.
  - Reflejarse en los demás se transforma en un elemento clave, que permite a los usuarios:
    - Sentirse comprendidos ya que su vivencia es similar a la de otras familias.
    - Descubrir los propios problemas al verlos en otros.
    - Ver que otros con problemas tan difíciles como los propios lo han logrado, lo que les motiva a seguir.
    - Ver los propios avances a través de los otros, al ver cómo va llegando gente al club con los mismos problemas con los que ellos llegaron, y comprobar lo que han avanzado
    - El reconocimiento de los pares fortalece la decisión de permanecer en el grupo.
- Los usuarios destacan que el grupo de autoayuda multifamiliar tenga estrategias de seguimiento. Esto se basa en que todo el grupo es responsable, y no sólo el coordinador. Esto permite incrementar su cobertura. El seguimiento incluye contactos telefónicos con los usuarios que han dejado de asistir a las sesiones del grupo, así como también visitas domiciliarias a estos usuarios, en la que

generalmente participan varios miembros del grupo. También hay caso en que se presentan demandas espontáneas de ayuda desde los usuarios, que muchas veces se traducen en intervenciones en crisis.

- Las principales dificultades que los participantes señalan son:
  - El hecho de que al ser un programa inclusivo, acepta la participación de personas con otras patologías y en los casos de esquizofrenia puede ser un tanto más difícil el manejo.
  - La asistencia a los grupos a veces es irregular cuando los usuarios no se toman en serio el tratamiento.
  - El hecho de que los usuarios muchas veces abandonan el tratamiento al experimentar las primeras mejoras.
  - La familia muchas veces es reacia a participar.

## **2.5 Lograr el Cambio cultural**

Es el objetivo más amplio a que apunta el PEM de acuerdo con la opinión de los participantes. Para alcanzarlo se apoya en cuatro elementos:

- Involucrar a la familia, lo que permite realizar un trabajo de prevención con aquellos integrantes que no han llegado al consumo, procurando desactivar el patrón disfuncional que favorece el consumo y que se va transmitiendo de una generación a otra.
- La apertura hacia la comunidad al procurar sensibilizarla al problema, mediante la realización de las escuelas territoriales.
- Evitar limitarse a la abstinencia como objetivo, procurando ir más allá del consumo en el trabajo que se realiza, intentando abordar los temas relacionales de las personas. Se reconoce que abandonar el consumo es necesario, pero de ninguna manera suficiente para desactivar este patrón comunicacional, porque hay dificultades más profundas detrás del consumo y porque se apunta a un cambio global en el estilo de vida que a largo plazo permite el cambio cultural.
- Defender la libertad del NO consumo como una meta socio-cultural.

## **2.6 Falta de visibilidad**

Los usuarios distinguen cuatro elementos relacionados con la visibilidad del PEM:

- La responsabilidad que tiene el gobierno en la falta de difusión del programa, al no prestarle suficiente apoyo. Esto se extiende también a los distritos municipales y a algunos consultorios en los que no se informa del del PEM.
- La responsabilidad de los propios participantes, al no informar suficientemente durante la acogida y al no desarrollar estrategias sostenidas en la comunidad, para mejorar la visibilidad del programa.
- La falta de reconocimiento hacia los logros del programa, que esta visibilidad insuficiente genera. Esto implica también una falta de reconocimiento de la labor de los mismos voluntarios del programa.
- La falta de visibilidad plantea la necesidad de una derivación más directa hacia los clubes multifamiliares en los consultorios, sin que tengan las demoras propias de la atención individual.

## **2.7 Falta de apoyo gubernamental**

Según los usuarios este aspecto está muy relacionado con el anterior

- Ellos experimentan una falta de apoyo desde las distintas autoridades en Sanidad Pública
- Se traduce en una falta de recursos económicos para desarrollar la educación continúa, una escasez de espacios físicos y una falta de reconocimiento a la labor de los voluntarios.
- En particular los usuarios sienten una falta de apoyo desde el CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes de Chile), organismo al que consideran en general todavía estancado en campañas informativas y que además cuando ha incorporado estrategias de intervención familiar lo ha hecho paralelamente, en vez de apoyar la labor del PEM.

## **2.8 Resistencia de los profesionales de la salud mental**

Según la percepción de los usuarios, existen al menos seis aspectos relacionados con ésta resistencia de parte de los profesionales:

- La no aceptación de los profesionales de un modelo alternativo al tradicional de atención individual y la falta de interés en conocer el programa.
- Esta resistencia genera dificultades para ingresar y mantenerse en los consultorios.
- Limita las posibilidades de derivación hacia el club multifamiliar.
- Los participantes sienten que son percibidos como competencia por algunos profesionales, al no comprender su intención de complementarse.
- Los participantes se sienten tratados con desconfianza, en tanto que los profesionales dudan de su capacidad y preparación, lo que dificulta su labor.
- Los participantes de algunas áreas geográficas han desarrollado estrategias para superar esta resistencia, acercándose a conversar con los profesionales y con el personal de los consultorios.

## **2.9 El rol de los profesionales**

Los usuarios mantienen opiniones diferentes sobre el rol que los profesionales debieran tener en el PEM, moviéndose en un continuo entre dos visiones opuestas, aunque predomina la valoración positiva.

- La visión más negativa está definida por el rechazo hacia los profesionales, en especial a los que están fuera del programa, por no contar con el conocimiento experiencial de la dependencia.
- En un punto más neutro se encuentran los que se igualan con los profesionales. A veces ésta opinión se mezcla con la visión positiva generando contradicción en el rol profesional, aunque es poco frecuente.
- La visión positiva, en la que se valora la colaboración profesional:
  - En la educación continua donde los usuarios perciben una oportunidad significativa de aprendizaje.
  - El papel de asesoramiento en los grupos de autoayuda, donde la sola presencia de profesionales, aunque sea intermitente aporta al grupo una sensación de ser respaldado.

- Como consecuencia de esta valoración positiva se despierta la necesidad de contar con más profesionales impregnados del PEM. Los usuarios consideran que una relación de mayor colaboración con los profesionales de los consultorios permitiría una mayor fluidez en la derivación hacia el club y desde el club hacia los profesionales. Además, los participantes refieren que contar con más apoyo profesional les permitiría un mejor aprovechamiento del programa. En particular consideran que faltan psiquiatras que apoyen la labor del Dr. Troncoso, gestor del Programa Multifamiliar en Chile.
- Además los usuarios que adoptan esta perspectiva positiva de la relación con los profesionales, demandan más visitas de los profesionales del programa a los clubes, en algunos de los cuales se siente abandonados.

## **2.10 Falta de espacios físicos**

Siguiendo con las percepciones de los propios participantes del Programa Ecológico Multifamiliar, sienten que escasean espacios físicos, lo que dificulta la implantación del programa.

- Por una parte, esta limitación afecta a las escuelas territoriales, que siempre dependen de los espacios que puedan facilitárseles para su realización.
- Por otra parte, afecta al funcionamiento de los clubes, al no contar con espacios suficientemente estables y apropiados para realizar las reuniones del grupo ni contar con espacios nuevos, para crear nuevos clubes.
- Hay diferencias importantes entre distintas comunas en cuanto al apoyo que reciben de las autoridades de salud respectivas.

## **2.11 Trabajar en el territorio**

Los participantes consideran que el trabajo en el territorio implica que:

- Al tener su sede los clubes en el mismo territorio donde viven los usuarios se facilita el acceso a los mismos.
- Permite resolver los problemas donde se generan, es decir, donde las personas viven cotidianamente.



- La intervención se produce en un ambiente natural a diferencia de la opción de internarse en una clínica, donde al usuario se le imponen condiciones que después no puede mantener en su vida cotidiana.
- Involucra la libertad de elegir de los propios usuarios, en contraste con el internamiento forzado, que es involuntaria.

## **2.12 Imagen dual del Dr. Troncoso.**

Existe una visión dicotómica desde los participantes.

- Por una parte los participantes tienden a idealizarlo, al ser impulsor del PEM en Chile. Además lo perciben con sobrecarga de trabajo.
- Por otra parte algunos miembros mantienen una actitud crítica hacia él por considerar que genera crisis muy bruscas en los usuarios.

## **2.13 El voluntariado**

Entendido como las actividades voluntarias que se realizan además de asistir a un grupo de autoayuda como un usuario más, tales como apoyar las actividades de difusión, ser coordinadores de grupos, participar como docentes en clases de educación continua, etc. Este voluntariado es el eje del programa.

- Los usuarios consideran que una de las claves del éxito del programa ha sido combinar su propia experiencia de vida con la educación continúa para ayudar a otros.
- Mediante el voluntariado se procura suplir, en parte, la falta de profesionales.
- Entre las motivaciones que los usuarios mencionan pueden distinguirse al menos cinco, sin ser éstas excluyentes:
  - Sentirse bien ayudando a otros.
  - Ayudar a otros ofrece la posibilidad de darle sentido al sufrimiento propio.
  - La posibilidad de reparar los errores ayudando a otros.
  - La posibilidad que el servicio a otros ofrece de crecer en el programa.
  - La posibilidad de devolver lo que se ha obtenido del programa. Posiblemente esta sea la motivación más importante, traspasando la propia experiencia a los usuarios nuevos y manteniendo la gratuidad del programa.

- El hecho de que la participación en el PEM sea gratuita, es un elemento que despierta agradecimiento en muchos usuarios, al permitir a personas de escasos recursos el acceso al mismo.
- Con todo, la motivación de los voluntarios podría aumentar si contaran con más posibilidades de auto-cuidado, supervisión, una mayor implicación de las familias en el programa y finalmente un mayor reconocimiento hacia la labor que realizan.

#### **2.14 Autogestión.**

En el seguimiento de la conversación social de los participantes, aparece la autogestión como un aspecto importante. Ésta se caracteriza por:

- Adquirirse progresivamente en la conciencia de los usuarios. Es decir, no es inmediata desde el momento en el que los usuarios ingresan al PEM, sino que se va desarrollando con el tiempo y a distintas velocidades dependiendo de los usuarios.
- Ser un trabajo a largo plazo, tanto en lo que se refiere al proceso de recuperación de los usuarios como en lo que se refiere a la expansión del programa.
- El haberse tenido que ganarse el espacio en cada lugar en que el programa se encuentra les ha generado una sensación de identidad y pertenencia, especialmente a los veteranos del programa.
- Permite pasar de ser un objeto pasivo de tratamiento a ser un sujeto activo de tratamiento.

#### **2.15 Auto-crítica.**

La autocrítica de los participantes varía ampliamente entre dos polos:

- En el primer polo, algunos de los participantes consideran que el programa está completo y no es necesario mejorar nada, atribuyendo las fallas a las personas y a los conflictos personales entre los que participan del programa.
- Entre los que se sitúan en el otro polo se encuentran cinco autocríticas fundamentales:
  - No se está llegando suficientemente a los jóvenes y a las personas que no han tocado fondo.
  - Falta aumentar la auto-gestión de los participantes.

- Existen dificultades en la acogida y en el seguimiento producto de lo anterior. En este punto hay diferencias entre lo que los usuarios más antiguos perciben y lo que los nuevos usuarios identifican. Estos últimos tienen más facilidad para reconocer dificultades en la implementación.
- La actitud hacia la generación de crisis es ambivalente, debido a que si bien, los participantes reconocen que es necesario generar crisis confrontando al dependiente y su familia, y que en su propia experiencia de vida esto les ha servido, admiten por otra parte que el generar crisis puede también producir rechazo y traducirse en un abandono del tratamiento.
- Podría generarse un ambiente más positivo para generar el cambio, lo que implicaría incluir estrategias que permitan vivir el cambio con una actitud y un ambiente más alegre.

## **2.16 Complementar el programa**

La mayoría de los usuarios considera que el programa es suficientemente flexible como para admitir modificaciones.

- La complementación va en la línea de contar con talleres territoriales de actividades de esparcimiento y preparación laboral, lo que no siempre se ha conseguido de la articulación con otras instancias de la comunidad.
- Otra inquietud recurrente es el contar con casas de acogida en el territorio, para los usuarios en situaciones más difíciles, como aquellos que no cuentan con vivienda.

## **2.17 Historia, crecimiento e identidad**

Según la percepción de los participantes, ellos se identifican con el surgimiento del programa, en distintos niveles y periodos. La experiencia de implementar y desarrollar en Programa Ecológico Multifamiliar en cada localidad ha contribuido a esta identificación. Esta no es exclusiva de los usuarios más veteranos, con más de 10 años de experiencia en el PEM, sino que se va generando en cada lugar en que el PEM se instala y se renueva, puesto que los clubes muchas veces cambian de coordinador a lo largo de los años. Los principales aspectos relacionados son:

- Los más antiguos se sintieron parte de la forma en que el programa se definió en el contexto de Chile, por tanto, ellos sienten que contribuyeron a darle forma y fuerza

al programa. Además, la idea de que han tenido que ganarse espacio ha estado acompañada de la vivencia que ellos han contribuido a la creación de segmentos del programa y les permite sentir que el programa es de ellos, nadie se los estaba imponiendo.

- Esta idea de contribuir al programa se transmite a los usuarios que van llegando, en especial esa sensación de surgir al margen del modelo médico tradicional, con oposición de muchos factores contextuales.
- El programa es vivido como marginal, como siempre en oposición al modelo establecido, a pesar de que cuente con algunos profesionales. Cuando el programa surge, aunque surge también con el apoyo de algunos profesionales, no lo hace como una propuesta directiva del gobierno ni de ningún servicio de salud. Cuando por fin se instala en la Unidad de Dependencias, tampoco forma parte de un plan desde el Hospital Barros Luco, sino sólo de la Unidad de Dependencia y con bastante desconfianza de parte del resto del complejo hospitalario.
- Incluso en relación a la Auto-crítica, se evidencia esta identificación. Es el mismo motivo el que genera dos actitudes completamente opuestas. Cuando los participantes consideran que el programa no tiene nada que cambiar, ausencia de crítica, es porque los quieren y se identifican con él. Pero la actitud contraria, deja en evidencia la misma identificación de fondo. Es un criticar que invita a generar acción.



Parte III:

Grupos y organizaciones de  
autoayuda.



## V. GRUPOS DE AUTOAYUDA

Antes que todo, es necesario aclarar que existe un movimiento amplio y general de autoayuda, que incluye tanto el nivel individual de autoayuda como el nivel grupal y comunitario. Este movimiento, ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años (Norcross, 2000, 2010). No es casualidad que lo mencionemos, puesto que tienen importantes implicaciones para las organizaciones de autoayuda como el PEM, como veremos.

El nivel individual de búsqueda de ayuda cuenta con una muy amplia bibliografía y documentación. Aunque estemos de acuerdo con Norcross (2010) y Borkman (2010) en que se ha construido un negocio billonario en torno a la autoayuda individual, que abunda en contenidos “light”, no por ello se ha dejado de generar material útil. Su importancia ha derivado en recientes revisiones de su efectividad, una de las más sistemáticas es la de Harwood y L’Abate (2010).

Cuando la ayuda se busca en conjunto con otras personas se puede hablar de grupos de autoayuda (SHGs<sup>18</sup>) y organizaciones de autoayuda (SHOs<sup>19</sup>). Luego, los grupos de autoayuda pueden estar integrados o no dentro de organizaciones mayores. Más adelante precisaremos más estos términos y otros relacionados.

No es posible establecer cuando surge la auto-ayuda nivel individual, puesto que parece algo propio del ser humano desde sus inicios, una cualidad que puede manifestarse en diferentes grados y con diferentes niveles de sistematización. Los comienzos de la búsqueda de ayuda en conjunto con otros seres humanos, también son difíciles de ubicar temporalmente, puesto que en las prácticas tribales más básicas ya pueden detectarse indicios de ello (Scheidlinger, 1998). No obstante, en términos más modernos las “sociedades de ayuda mutua”, con diferentes denominaciones, surgen en los últimos siglos. Todavía estamos hablando de ayudarse unos a otros a nivel general, sin entrar en

---

<sup>18</sup> SHG: Self-Help Groups

<sup>19</sup> SHO: Self-Help Organizations.



salud o salud mental. Nos parece interesante desatacar este aspecto, puesto que es necesario reconocer que estos procesos se dan naturalmente en los seres humanos. En Chile, las sociedades de socorros mutuos surgieron con fuerza después de 1840, entre otras muestras de ayuda mutua. Sus miembros procuraban hacerse cargo de la salud, enfrentando la enfermedad frecuente producto del proceso de industrialización. Aunque el alcoholismo no estuviese entre sus intereses (Illanes, 1989, 2003; Grez, 2007; Salazar, 1985).

Estas sociedades de socorros mutuos fueron parte del mutualismo precursor de las leyes sociales, cuando el Estado no se hacía cargo de la salud de los trabajadores en Chile. No obstante, la legislación social de 1925 contribuyó a la decadencia de dichas sociedades (Illanez, 2003; Grez, 2007; Salazar, 1985).

Este tipo de sociedades de ayuda mutua han existido en diferentes partes del mundo en los últimos siglos (e.g., Bjerg, 1989; Prislei, 1987). Katz y Bender (1976) consideran que los precursores directos de los grupos de autoayuda modernos serían los gremios, los sindicatos y las corporaciones de consumidores. Además, Katz y Bender (1976) y Katz (1993) consideran que la inmigración europea a EEUU a principios del siglo XX influyó de forma importante en el desarrollo de la ayuda mutua. En particular, porque los recién llegados a América tenían que hacer frente al rechazo de los habitantes locales en muchos sentidos, lo que les impulsó a organizarse en torno a la ayuda mutua. Para abordar estos aspectos, nos centraremos en los inicios de los grupos de autoayuda, que generalmente han sido desatendidos en la literatura al considerar Alcohólicos Anónimos (AA) como su primer exponente, cuando en realidad los orígenes son muy anteriores.

## 1. Historia de los grupos de autoayuda.

White (1998, 2001) y Coyhis y White (2006) presentan ejemplos concretos de ayuda mutua en temas del alcoholismo en E.E.U.U. donde los *círculos de recuperación* de los nativo-americanos entre 1737 y 1840 constituyen el primer ejemplo registrado de ayuda mutua. En estos círculos, los líderes promovían y lograban la sobriedad a través de profundas transformaciones espirituales. En las comunidades actuales de nativo-americanos todavía es estrecha la relación entre la ayuda mutua para lograr la abstinencia y la revitalización cultural y espiritual (White, 2009). Además el rol de la familia y la comunidad ha estado presente desde un principio en dichos *círculos* (Coyhis & White, 2006).

Alrededor de 1830 Norteamérica experimenta un acelerado crecimiento de redes de ayuda mutua, asociado con el “movimiento por la temperancia<sup>20</sup>”. Una de las más destacadas es el *Movimiento Washingtoniano*, que surgió en 1840 y llegó a tener más de 400.000 miembros (White, 1998; 2004). También se generó una red de casas de acogida para dependientes del alcohol. Paradójicamente, la promulgación de la *Ley Seca*, que prohibió la venta de alcohol en Estados Unidos, jugó en contra de estos grupos. Básicamente porque al demonizar al los dependientes, sus políticas sociales tendieron a la reclusión forzada y punitiva, en vez de a un retiro para rehabilitación. Esto provocó la desaparición de instituciones de tratamiento, razón a su vez de un declive notable de estos grupos washingtonianos y otros similares. Por otra parte, en Europa alrededor de 1851 también surgieron sociedades de ayuda mutua, si bien no siempre la meta era la abstinencia total (White, 1998, 2003, 2004).

En suma, estos últimos movimientos que hemos mencionado, tanto los *círculos de recuperación* nativo-americanos como el *Movimiento Washingtoniano* y otros similares, constituyen un nexo más cercano a los grupos de autoayuda actuales que las organizaciones mencionadas anteriormente (gremios, sindicatos y corporaciones de consumidores), y se pueden encontrar en aquellos las características que estos poseen, entre otras: reunirse para resolver un problema concreto como el alcohol, tener

---

<sup>20</sup> Temperance movement: Movimiento por la templanza, temperancia o moderación. Se oponía radicalmente al consumo de bebidas alcohólicas.

reuniones periódicas y utilizar el formato de reunión circular (que es la forma clásica de disposición en las reuniones grupales de los grupos de autoayuda actuales). Por otra parte, es evidente que los grupos de autoayuda de América no requirieron de ninguna influencia europea para formarse, puesto que se dieron naturalmente entre los nativos americanos. Esto no debería ser sorprendente dada la cualidad inmanente de la ayuda mutua en el ser humano, tal como describe magistralmente Kropotkin (1902/1970), uno de los primeros teóricos sobre este tema. Este autor considera, en oposición al darwinismo social, que la ayuda mutua es un factor esencial de la evolución humana.

La era moderna de la ayuda mutua en alcoholismo se inaugura con el surgimiento Alcohólicos Anónimos (AA) en 1935 en Akron, Estados Unidos. Sus fundadores eran dos consumidores abusivos de alcohol, que inspirados parcialmente en el *Movimiento de Oxford* proponen los doce pasos y las doce tradiciones para superar el alcoholismo (White, 1998, 2001, 2003; Katz, 1993; Room, 1998).

GROW y Recuperación Internacional<sup>21</sup> son algunos de los grupos de autoayuda más antiguos. GROW está integrado por personas con enfermedad mental grave, en tanto que *Recuperación Internacional* está dirigido a personas con problemas de adicción. Es importante señalar que éste último fue diseñado originalmente en 1937 por el Dr. Low como un grupo psicoterapéutico, que se multiplicó y fue progresivamente transformándose en una modalidad de grupos de autoayuda (Brown & Wituk, 2010).

## **2. Historia de los grupos psicoterapéuticos.**

Generalmente se acepta el trabajo de Pratt como el principio de los grupos psicoterapéuticos. Este médico organizó, a partir de 1905, charlas para sus pacientes con tuberculosis donde estos podían plantear sus inquietudes y recibir recomendaciones para lidiar con su enfermedad. Debido a su éxito, posteriormente extiende esta modalidad a pacientes diabéticos e incluso a pacientes neuróticos. Si bien estos grupos de Pratt se corresponden más con grupos psico-educativos o grupos psicopedagógicos que con

---

<sup>21</sup> Recovery international

grupos psicoterapéuticos. Posteriormente, alrededor de 1920, los pacientes toman un rol un poco más activo (Sánchez, 2010; Scheidlinger, 1998).

La utilización planificada de grupos para el tratamiento de problemas de personalidad comenzó en Estados Unidos en la década de 1930. Especialmente importantes fueron las aportaciones de Moreno y Slavson, aunque también se reconoce el trabajo de Wender, Schilnder, Redl y Wolf. Moreno es quien acuña el término “psicoterapia de grupo” en 1931 (Sánchez, 2010; Scheidlinger, 1998). Una revisión exhaustiva de la historia de la psicoterapia de grupo puede encontrarse en Scheidlinger (1998; 2004). Nos basta decir que a partir de la Segunda Guerra Mundial esta modalidad de tratamiento cobra fuerza paulatinamente.

### **3. Surgimiento de la autoayuda a nivel comunitario.**

El trabajo de Maxwell Jones (1970) y su propuesta de la Comunidad Terapéutica supusieron un impacto importante en la visión de los tratamientos psiquiátricos. Sus aportaciones las hace principalmente a finales de 1940 y principios de 1950. El trabajo del Dr. Jones incluyó a civiles y militares hospitalizados, afectados de síntomas asociado al estrés de los bombardeos constantes en Inglaterra durante la guerra, lo que actualmente denominaríamos trastorno por estrés postraumático. Su forma de relacionarse con los pacientes era novedosa. Si bien se reúne con los pacientes al estilo del Dr. Pratt, en vez de impartir clases, promueve una conversación entre todos los presentes sobre los hechos presentes, los síntomas y dificultades que experimentaban. Tanto los profesionales, como los voluntarios participaban de estos diálogos. Además, podían asistir familiares y amigos de los pacientes hospitalizados (Jones, 1970). Adicionalmente los pacientes adoptaban un rol activo al participar en las decisiones sobre las reglas de funcionamiento y las actividades. El enfoque de Jones considera importante dar continuidad al tratamiento hospitalario, promoviendo el trabajo de equipos multidisciplinarios en la comunidad. Precisamente, su concepción del trabajo multidisciplinar es otra de sus importantes aportaciones. Es importante señalar que Jones no defiende la integración de los pacientes en su comunidad por razones

económicas (puede costar lo mismo según él), sino por la salud de los usuarios del sistema sanitario, al brindarles mejor calidad de vida<sup>22</sup>.

El concepto de comunidad de Jones inspira el trabajo del Dr. Hudolin (1969) y su equipo, en su aplicación pionera de un enfoque sistémico familiar (multifamiliar) a los problemas de la dependencia del alcohol (Adams, 2008). No obstante, según Lang y Srdar (1992) el trabajo con grupos en alcoholismo habría tenido como precursor a Andrija Stampar, un destacado médico, fundador de la Escuela de Salud Pública de Zagreb en 1930. En este mismo año él y sus colaboradores habrían iniciado algunos “clubes para abstemios” que colapsaron con el advenimiento de la Segunda Guerra Mundial.

Hudolin (1969, 1984, 1990) y su equipo ponen las bases del Modelo Ecológico Multifamiliar en 1964, con la inauguración del Centro de Investigación y Prevención del Alcoholismo y demás dependencias. Además de definir un tratamiento en el mismo hospital de Zagreb, ellos promueven la formación de “clubes de alcohólicos en tratamiento”<sup>23</sup>, en el territorio, lo que da continuidad al tratamiento. Hudolin y sus colaboradores también prestaban servicios en recintos penitenciarios, en los cuales formaban clubes a los que las familias podían asistir regularmente.

El trabajo que se realiza en Croacia es similar al descrito del PEM en Chile, con la diferencia de que incluía a pacientes de hospitalización completa y parcial (hospital de Día)<sup>24</sup>, además de contar con la facilidad de integrarlo en todo el Servicio Sanitario de Croacia y la colaboración de los profesionales. En 1970, ya existían 112 clubes en Croacia, Bosnia-Herzegovina y Eslovenia, con 17.546 miembros (Sikic, Walker & Peterson, 1972). Puede apreciarse como el modelo ofrece una integración y continuidad entre la Sanidad pública y el trabajo de los propios usuarios/familias. No se niega la

---

<sup>22</sup> Es importante notar que el trabajo de Jones con 100 o más pacientes puede ser considerado como trabajo grupal, desde la perspectiva de la teoría de la identidad social.

<sup>23</sup> Estos “clubes de alcohólicos en tratamiento”, denominados simplemente “clubes”, son equivalentes a los grupos de autoayuda multifamiliares actuales en Chile. En éste trabajo se utilizan ambos términos.

<sup>24</sup> Desde luego el CHBLT contaba con servicio de hospitalización psiquiátrica, pero era de carácter general, sin interferencia directa de la Unidad de Dependencias donde funcionaba el PEM.

conveniencia de la hospitalización *per se*, sino que se procura garantizar que el trabajo principal se realice en el territorio donde las personas viven, otorgando un valor decisivo a dicha continuidad para producir el cambio en los usuarios/familias (Adams, 2008; Bennett, 1985; Folgheraiter, F. & Pasini, 2009; Hudolin, 1969, 1984, 1990; Hudolin et al. 1972; Sikic, Walker & Peterson, 1972).

El trabajo generado en los clubes se replica en Italia, gracias a la labor de la psiquiatría social en ese país y de la desinstitucionalización psiquiátrica en 1978 (Scapicchio, 1984). No obstante, a diferencia de Croacia, los clubes se instalan en el territorio con independencia del sistema de Sanidad pública (Adams, 2008; Humphreys, 2004; Room, 1998).

Esta breve perspectiva histórica nos permite observar cómo se genera un continuo entre el trabajo a cargo de profesionales (ya sea en los grupos de psicoterapia u otros formatos) y el trabajo que pueden realizar los propios usuarios/familias en el territorio (los grupos de autoayuda u otras estrategias de autoayuda) siendo importante notar que se puede dar un movimiento en una u otra dirección de éste continuo (profesional-usuarios/ usuarios-profesional). Esto también ha sido señalado en su estudio sobre la ayuda mutua por Talego, Florido, Reigada y Manjavancas (2007) en la Comunidad de Andalucía.

#### **4. Contexto cultural y político**

El contexto cultural y político también ha ejercido un efecto importante en el desarrollo de los grupos de autoayuda (Archibald, 2008). Borkman (2007) señala que en las democracias occidentales los grupos de autoayuda han tenido mayor éxito. Además de tener la lógica libertad de reunión, es importante que no sea mal visto exponer los propios problemas ante otros y que no se tenga una imagen de los profesionales de salud como autoridades infalibles o incuestionables. En este sentido, Wong y Chan (1994) sostienen que en Hong-Kong el paternalismo profesional con los pacientes y la grave

estigmatización de la enfermedad mental han sido un obstáculo para el surgimiento de los grupos de autoayuda.

Por otra parte, es importante considerar también la perspectiva histórica en el surgimiento y evolución de las adicciones. El desarrollo histórico de la industrialización y la proliferación de las bebidas alcohólicas de alta graduación (y en el último tiempo las “drogas de diseño”) han jugado un rol importante en potenciar los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Otro aspecto relevante es la relación entre los episodios históricos de crisis social, como la revolución industrial en Inglaterra o la Gran Depresión en E.E.U.U. y el aumento de los problemas asociados al consumo de alcohol en distintas partes del mundo, lo que puede estar asociado a la característica evasión de la realidad temporal que tiene éste (Escohotado, 1998; Inglis, 1994; Menéndez, 1987; Walton, 2003).

Considerar estos aspectos serviría para contraponerse a la creencia que consumir alcohol (y otras drogas) es algo “natural”.

## **5. Importancia de los grupos de autoayuda.**

Para comprender mejor las particularidades del funcionamiento de un Grupo Multifamiliar expondremos algunas características generales de los grupos de autoayuda, de acuerdo a la literatura científica reciente.

La importancia que iban adquiriendo los grupos de auto-ayuda para la psicología comunitaria se refleja en el hecho de que en la primera edición de su libro, *Psicología comunitaria*, Martín, Chacón y Martínez (1989) ya tienen un capítulo completo destinado a este tema, y anteriormente en los manuales estadounidenses. De hecho, la mayoría de los libros que tratan sobre psicología comunitaria, intervención social y apoyo social contienen un apartado sobre el mismo (e.g., Barrón, 1996; Fernández, Morales & Molero, 2011; Gracia, 1997; Hombrados, García & López, 2006; López-Cabanas & Chacón, 2003; Martín 1998; Sánchez Vidal, 1996). Sánchez Vidal (1996) destaca el hecho de que representan una visión realmente comunitaria o “desde abajo” y auto-gestionada. Además, ilustra bien el enfoque positivo en salud mental, evidenciando

las potencialidades de las relaciones simétricas y constituyendo un verdadero fenómeno social en nuestros días, tanto por su extensión como por reflejar el nivel de desintegración social previo a su aparición (Sánchez Vidal, 1996).

Por otra parte, Moos (2003) al analizar el contexto social en las intervenciones sociales, considera que una de las lecciones valiosas que se debe aprender, particularmente en psicología comunitaria, es que los grupos de autoayuda son escenarios poderosos que pueden amplificar e incluso sustituir las intervenciones formales, al proporcionar una fuente continua de relaciones, una dirección de metas y una estructura.

## **6. Delimitación de los Grupos Terapéuticos.**

Ha existido bastante discrepancia sobre si es correcto considerar a los grupos de autoayuda como grupos terapéuticos. Esto es debido al interés por evitar su equivalencia con los grupos de psicoterapia, por lo que muchas veces simplemente se ha optado por eludir referirse a su cualidad terapéutica. Ahora, bien nosotros consideramos que es importante reconocerla, toda vez que es clara la diferencia entre psicoterapéutico y terapéutico. Existen muchos espacios que son terapéuticos por sus efectos. El ejercicio físico es terapéutico y no por ello se está diciendo que exista allí un terapeuta. Lo mismo se puede decir de la meditación. En suma, en tanto que contribuye a disminuir el estrés, todo anterior puede considerarse terapéutico.

Discrepamos de la clasificación que hace Scheidlinger (2004), al considerar que los grupos se pueden categorizar en:

- I. Grupos clínicos de psicoterapia.
- II. Grupos “terapéuticos” operados en escenarios de Salud Mental.
- III. Grupos de desarrollo humano.
- IV. Grupos de autoayuda.

Discrepamos especialmente porque clasifica que la arte terapia y la danza terapia en la segunda categoría (donde no necesariamente se requieren profesionales entrenados). Sin desconocer que el arte y el baile se pueden aplicar a la terapia de grupo, lo que parece



ilógico es negar a los grupos de autoayuda su factor terapéutico si se les concede a esos otros grupos (que podrían ser simplemente llamados grupos de danza y grupos de arte en contexto de Salud Mental, si se les quitase “terapéutico” de su nombre).

En ésta línea, de reconocer la cualidad terapéutica, encontramos una clasificación de terapia grupal bastante aceptada, la de Villegas (1997). A partir del protagonismo del terapeuta y del paciente, además de la concepción ontológica que se tenga del grupo, este autor distingue entre:

1. Terapia en Grupo: el individuo constituye la figura y el grupo el fondo, siendo el terapeuta un conductor o director.
2. Terapia de Grupo: el grupo constituye el paciente y el agente terapéutico, asumiendo el terapeuta un rol de analista grupal.
3. Co-terapia: todos los participantes actúan como terapeutas, siendo el profesional un facilitador auxiliar y prescindible.

Es en ésta última categoría se incluyen los grupos de autoayuda, junto con los grupos de encuentro. Ahora bien, aunque creemos que esta clasificación es más acertada en cuanto a reconocer el papel terapéutico del grupo, sin embargo no consideramos adecuado decir que cada participante sea o actúe como terapeuta, puesto que puede inducir a confusión. Lo que sin embargo consideramos incuestionable es que se genera un espacio terapéutico.

Una clasificación tipológica de los grupos de autoayuda puede encontrarse en Gracia (1997), así como en López-Cabanas y Chacón (2003).

No obstante, dentro de las tipologías que pueden hacerse analizaremos la propuesta por Barrón, Lozano y Chacón (1989), quienes consideran que uno de los criterios para clasificar los grupos de autoayuda es atender a quién padece el problema, lo que daría lugar a dos tipos:

- a. Grupos de sujetos que padecen directamente el problema
- b. Grupos de sujetos relacionados directamente con quien padece el problema.

Nosotros consideramos que este criterio es insuficiente, puesto que en el caso de las dependencias la diferencia no es tan clara. Si consideramos una familia donde el padre consume alcohol, por ejemplo, es posible que su esposa presente un trastorno depresivo y su hijo un trastorno ansioso, producto de la dinámica que en esa familia se experimenta. Entonces ¿Quién padece el problema? Comprender que la dependencia al alcohol u otras drogas afecta a toda la familia en su conjunto es un paso necesario para poder entender su magnitud social. La clasificación anterior invita a pensar que quien padece “directamente” el problema sufre más, cuando no es así necesariamente. Si consideramos que en el resto de la familia pueden diagnosticarse variedad de trastornos psicológicos. Entonces, lo que es necesario asumir es que toda la familia padece “directamente” el problema. Por ejemplo, cuando se genera violencia intrafamiliar en casa ¿Es el agresor quien padece el problema? ¿Es quien recibe directamente la agresión? ¿O son todos los presentes en la situación familiar? Si considerásemos el criterio de “quien asiste o participa de las reuniones del grupo” en vez de “quien padece” el problema, podríamos utilizar las dos distinciones anteriores y agregar una tercera: la participación del sistema familiar. Es bastante claro que existen grupos de autoayuda en los que sólo participan los usuarios índice<sup>25</sup>, otros en que participan los familiares o cuidadores por separado y otros donde participa toda la familia.

## **7. Definición de Grupos de autoayuda.**

Existen diversas formas de denominar a los grupos de autoayuda, lo que a veces dificulta su estudio (Borkman, 2010; Brown & Wituk, 2010). De hecho, Borkman (2010) critica que existen al menos cuatro tradiciones de investigación que se mantienen bastante incomunicadas entre sí, que además utilizan conceptos diversos. Algunos de los otros términos con los que se denomina a los grupos de autoayuda son: grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo mutuo (distinto a grupos de apoyo), grupos de pares<sup>26</sup> y grupos dirigidos por pares<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Utilizaremos esta denominación para referirnos al usuario de los grupos que “aparentemente” es quien presenta el problema, sin olvidar que desde una visión sistémica todo el sistema familiar sufre. En el caso de las dependencias, el usuario índice será quien consume alcohol u otras drogas.

<sup>26</sup> Es importante diferenciar “peer support groups” de “peer support”, puesto que existe una tradición menos conocida de estudiar la ayuda proporcionada por iguales pero de manera individual.

<sup>27</sup> En inglés: Self-help groups, mutual aid groups, mutual-help groups, peer groups, peer led groups.

Típicamente, los grupos de autoayuda están formados por individuos que comparten un problema o una preocupación similar. Los miembros del grupo tienen experiencias comunes que promueven un sentido de ayuda y de conexión (Anderson-Butcher, Khairallah & Race-Bigelow, 2004; Vakalahi & Khaja, 2000). "Ayudan" a los participantes porque aprenden nuevos mecanismos para hacer frente a las dificultades y ayudan a otros en los grupos. También, los grupos de autoayuda desempeñan una función de normalización suministrando a sus miembros la oportunidad de compararse con sus semejantes (Félix-Ortiz, Salazar, González, Sorensen, y Plock, 2000). Otra característica, consistente con el abordaje familiar, es que los grupos se centran generalmente en las fortalezas más que en las patologías. Estos grupos consideran a los participantes como recursos en sí mismos y expertos, capaces de desafiar el concepto de que el "profesional sabe lo que es mejor". Además, los servicios son gratuitos, voluntarios, y recíprocos (Anderson-Butcher, Khairallah & Race-Bigelow, 2004).

En la *Enciclopedia Internacional de la Sociedad Civil*, Borkman (2010) los define como: “grupos intencionales, voluntarios e informales de personas afectadas por un problema de salud, social o económico común, quienes se organizan para tratar con este problema, en parte, a través de recursos internos de apoyo emocional y social. La “autoayuda” se refiere a la dependencia de los recursos internos de los individuos que participan, mientras que la “ayuda mutua” se refiere a los esfuerzos colectivos de apoyo” (Borkman, 2010: p, 1360).

Ésta definición nos proporciona una visión amplia de los grupos de autoayuda, puesto que incluye también a grupos que surgen alrededor de un problema económico como los de micro-créditos, frecuentes en India y África (e.g., Dash, Jeevan & Mendosa, 2011; Palanivelu, Nandhini, Usha & Krishnaveni, 2011).

## **8. Diferencia entre grupo de autoayuda, grupos de apoyo y grupos psicoterapéuticos.**

Estos tres tipos de grupos presentan diferencias importantes, por lo que han sido abordados separadamente en las investigaciones, especialmente los grupos psicoterapéuticos (Gottlieb, 1987, 2001a; Kurtz, 1997). Aunque hay autores que han considerado que, más que categorías excluyentes es posible hablar de un continuo entre grupos de autoayuda y grupos de apoyo (Barrón, Lozano & Chacón, 1989; Barrón, 1996; Hombrados & Mendieta, 2006; Taylor, Falke, Shoptaw & Lichman, 1986). No obstante, consideramos que es esencial establecer esa diferencia, puesto que además de ser la dirección predominante en la última década en investigación de grupos de autoayuda en adicciones, brinda claridad conceptual y práctica (Brown & Wituk, 2010), además de respetar la historia del desarrollo autónomo de la autoayuda.

Scheidlinger (2004) señala que existen importantes diferencias entre estos tipos de grupos (psicoterapia, apoyo, autoayuda) que aconsejan considerarlos como entidades distintas. La presencia de un profesional a cargo del grupo, dentro de un marco de psicoterapia, supone una diferenciación enorme, puesto que la alianza terapéutica y la situación de poder que detenta el psicoterapeuta son decisivas. Por otra parte, también se encuentran diferencias en la delimitación temporal, puesto que los grupos de psicoterapia están definidos, como cualquier psicoterapia, por un marco temporal y lo mismo suele ocurrir habitualmente en los grupos de apoyo, en tanto que los grupos de autoayuda no lo están. Otra diferencia importante entre los grupos de autoayuda y los grupos de apoyo, en los que también está presente un profesional, es que se promueve mucho más la participación de los usuarios y el apoyo social entre ellos. Adicionalmente, es necesario destacar que el proceso de selección presente en los grupos de psicoterapia y frecuentemente también en los grupos de apoyo, nunca se da en los auténticos grupos de autoayuda.

En resumen, los grupos de autoayuda funcionan sin selección de los participantes, de manera autónoma, sin un marco temporal preestablecido, sin la presencia permanente de

un profesional y en dichos grupos se promueve la participación de todos los usuarios por igual.

## **9. Distinciones útiles en los grupos la autoayuda.**

Kelly, Magill y Stout (2009) hacen una distinción importante entre tres tipos de grupos relacionados con Alcohólicos Anónimos: los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (AA) propiamente dichos, los grupos de facilitación de los doce pasos (TSF: Twelve-Step Facilitation) y los grupos de tratamientos de 12 pasos (12-step treatment). De éstos solamente el primero puede ser considerado propiamente grupo de autoayuda, puesto que el segundo es un tratamiento protocolizado coordinado por profesionales y diseñado para favorecer el compromiso con AA. El tercero es un tratamiento habitualmente empleado en casas de acogida para adictos que reciben éste entre otros tratamientos. Esta distinción permite comprender mejor los matices a veces sutiles que puede haber entre estos grupos, y que puede explicar la confusión que puede producirse en torno a ellos, al no diferenciarlos adecuadamente.

## **10. Surgimiento y evolución**

La aparición de los grupos de auto-ayuda suele entenderse como una reacción de la sociedad ante las carencias de los sistemas tradicionales de prestación de servicios sanitarios. Los grupos de autoayuda se han desarrollado donde la sociedad ha fallado en resolver las necesidades de sus miembros (Humphreys, 2004; Reissman & Carroll, 1995; Sánchez Vidal, 1996). Los problemas de financiación de los sistemas sanitarios públicos conjuntamente con la demanda abrumadora del tratamiento del abuso de sustancias, sugiere la necesidad de incorporar a los grupos de autoayuda como parte complementaria del tratamiento (Humphreys, 2004; Félix-Ortiz, Salazar, González, Sorensen & Plock, 2000). Actualmente existen grupos de autoayuda para una amplia gama de problemas de salud (Damen, Mortelmans & Van Hove, 2000; Gracia, 2011).

Los grupos de autoayuda son muy eficientes, por lo que es preciso que sean considerados más seriamente como una opción de ayuda (Burti et al, 2006; Gracia, 2011; Humphreys, 2004; Humphreys et al., 2004; Humphreys, Wagner & Cage, 2011).

Las principales ventajas de participar en estos grupos son: 1) proporcionan un ambiente seguro y de apoyo donde los usuarios tienen una oportunidad de ocuparse de miedos y ambivalencias sobre el tratamiento, 2) ayudan a los usuarios a realizar cambios en su forma de vida (que alienten la abstinencia en el caso de dependencias), aprendiendo estrategias y formas de confrontar los problemas que se descubren y comparten y 3) proporcionan ayuda emocional, material e informacional. 4) contribuyen a generar un sentido psicológico de comunidad entre sus miembros. 5) Proporcionan una ideología o “antídoto cognitivo”, que les sirve para explicarse su problema, pero que sobre todo les genera identidad y 6) brindan una red de relaciones sociales potenciales, que favorece el salir del aislamiento. (Barrón, 1996; Barrón, Lozano & Chacón, 1989; Humphreys, 2004; Lewis, Lewis, Daniels, & D’andrea, 1998; Obuchowski & Zweben, 1987; Sánchez Vidal, 1996).

Kessler, Mickelson, y Zhao (1997) han estimado que más de 25 millones de personas han participado en algún tipo de grupo de autoayuda a lo largo de su vida, sólo en Estados Unidos. Aproximadamente un 7% de la población entre 25 y 74 años, ha participado en los últimos doce meses. Aunque ésta es una cifra conservadora. En Canadá aproximadamente un 2% de la población ha participado en algún grupo de autoayuda en los últimos doce meses (Gottlieb & Peters, 1991). No existen estudios sistemáticos en todos los países, pero es un fenómeno en constante aumento (Borkman, 2007; Goldstrom et al., 2006; Gottlieb, 2001b; Katz, 1981; Pistrang, Barker & Humphreys, 2010).

A menudo, es frecuente que las personas que experimentan altos niveles de tensión, particularmente quienes que abusan de sustancias, participen de grupos de autoayuda (Felix-Ortiz et al., 2000; Humphreys, 1997; Humphreys, 2004). Además, la búsqueda de ayuda en estos grupos es mucho más frecuente en problemas que son vistos como

estigmatizantes (e.g., abuso de sustancias, cáncer de pecho, etc.) que en otros que no lo son (e.g., problemas cardíacos), a pesar de que sus consecuencias pueden ser de igual gravedad para la salud (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000).

## **11. Componentes.**

Sánchez Vidal (1996) resume el trabajo de Killilea (1976), Caplan (1976), Levine (1988), Sauber (1983) y Jacobs y Goodman (1989) extrayendo seis componentes básicos de los grupos de autoayuda:

1. *Mutualidad* (y reciprocidad). Los intercambios se basan en la mutualidad. Estos procesos son igualitarios, se generan e intercambian entre pares. Para recibir algo hay que estar dispuesto a dar y el que más se beneficia es el que más está dispuesto a dar. Es esencial la formulación de Riessman (1965) del *principio terapéutico del ayudador*, según el cual uno se ayuda a sí mismo ayudando a los demás. Es decir, ayudar a otros es en sí mismo terapéutico.
2. *Experiencia común de los miembros* que presentan o han presentado el mismo problema, lo que hace posible el intercambio de roles (ayudado-ayudador). Están por ello basados en la experiencia y autoridad del igual y no en la autoridad científica del técnico. Permite a sus miembros descubrir la universalidad social del problema, generándoles validación social.
3. *Compromiso de cambio de los miembros*. Compromiso individual de cambio y de involucrarse y ser un modelo para los otros.
4. *Autogestión*. En términos de auto-responsabilidad y de autogestión del programa y la política del grupo.
5. *Control social* del grupo. Éste facilita el cambio actitudinal y conductual.
6. *Importancia de la acción* -junto con la información y el apoyo- para producir cambios.

## **12. Eficacia de los grupos de autoayuda.**

Existe un cuerpo creciente de investigación que documenta las ventajas de la participación en grupos de autoayuda (Anderson-Butcher, Khairallah & Race-Bigelow, 2004; Humphreys, 2004; Meissen & Warren, 1994; Moos, Schaefer, Andrassy & Moos, 2001; Pistrang, Barker & Humphreys, 2008; Powell, Yeaton, Hill & Silk, 2001; Wituk, Shepherd, Slavich, Warren & Meissen, 2000).

Consideramos que es válido preguntarse, como hacen Pistrang et al. (2010), sobre qué es lo que constituye evidencia de la efectividad de los grupos. En primer lugar presentaremos los resultados más puntuales sobre la abstinencia, que suelen ser los más relevantes para la sanidad pública, aunque la abstinencia no es lo más importante *per se* para el PEM, sino más bien es un paso necesario para el cambio.

Los resultados sobre la relación entre asistencia a los grupos y abstinencia han sido consistentes y positivos. Moos y Moos (2004) compararon el tratamiento profesional v/s los grupos de autoayuda. Estos autores encontraron que la asistencia al tratamiento profesional durante el primer año, predice una mayor abstinencia que antes del tratamiento. No obstante, la asistencia más allá del primer año no predice mejores resultados. En cambio, la asistencia a los grupos de autoayuda predice mejores resultados en todo momento.

McKellar, Stewart y Humphreys (2003) encontraron que la asistencia a los grupos de autoayuda en el primer año, predice la abstinencia en el segundo año, descartándose la relación inversa. Esto es importante porque implica que no es que las personas con mayor nivel de abstinencia (ya sea porque les cuesta menos u otra razón) tengan más probabilidad de permanecer en los grupos, sino al contrario. Además, muy recientemente Witbrodt et al. (2012) encontraron, en un estudio longitudinal de 9 años, que una mayor severidad de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y ser mujer predecían mayor asistencia a los grupos. Esto se suma a otros estudios de seguimiento prolongado, algunos ellos de más de 8 años y que incluyeron otras



adicciones (Kaskutas, Bond & Ammon Avalos, 2009; Kissin, McLeod & McKay, 2003; Moos & Moos, 2004; Moos, Schutte, Brennan & Moos, 2004; Strickler, Reif, Horgan & Acevedo, 2012). Según los resultados de Kaskutas et al. (2009) tanto la duración como la frecuencia de la asistencia se asocian a mayores tasas de abstinencia. No obstante, la participación va más allá de la asistencia, puesto que los grupos de autoayuda generalmente tienen otras actividades (jornadas de encuentro, material de lectura, etc.). Mientras mayor es la implicación los resultados son mejores, y en particular aumenta la abstinencia (Donovan & Wells, 2007).

También se ha encontrado que las personas que son derivadas por profesionales de la salud a los grupos de autoayuda tienen considerablemente mayores probabilidades de asistir. Por ello, se han desarrollado algunos protocolos de derivación intensiva (Timko, DeBenedetti & Billow, 2006).

Es importante señalar que dentro del primer año de haber completado un tratamiento exitoso en los servicios de salud tradicionales, existe una elevada tasa de recaídas en el consumo (Montgomery, Miller & Tonigan, 1993). Esto es especialmente preocupante en las personas que han estado en prisión, porque su tasa de reincidencia delictiva es muy elevada y el predictor principal de ésta es el consumo de sustancias (Lo Sasso, Byro, Jason, Ferrari & Olson, 2012). Magaletta y Leukefeld (2011) reúnen la evidencia sobre el uso de grupos de autoayuda en población penitenciaria y recomiendan claramente su utilización, tanto dentro de prisión como posteriormente. Otra de las alternativas que ha obtenido resultados positivos, mejores y menos costosos que el sistema tradicional, son las casas de acogida (*Oxford House*) (Jason, Braciszewski, Olson & Ferrari, 2005; Jason, Olson, Ferrari & Lo Sasso 2006). En ellas los usuarios se hacen cargo de auto-gestionar democráticamente su propio proceso y utilizan la autoayuda cotidianamente (Jason & Ferrari, 2010).

A pesar de que es necesario tener presentes los resultados anteriores, es fundamental no perder de vista el aspecto cualitativo más amplio, tal y como sugieren Laudet, Becker y White (2009). Cómo veremos a lo largo de este trabajo, los grupos de autoayuda y las

organizaciones de autoayuda, ofrecen un cambio que va más allá de la abstinencia (en el caso de los dependientes), como es la oportunidad de experimentar crecimiento personal y una mejora en la calidad de vida.

Otros de los beneficios que se pueden obtener de la participación en estos grupos son: una disminución del aislamiento y un aumento de la asociatividad (participación en otros grupos sociales); mejora en las habilidades de los padres para la crianza; mejoras en el afrontamiento; así como mejora y autosuficiencia educativa creciente (las personas se motivan a completar o continuar sus estudios). Las ventajas de la participación de la familia incluyen además, la disminución del estigma asociado a la enfermedad mental (Humphreys, 1997; Pickett-Schenk, 2002). La evaluación de resultado sugiere que los programas de autoayuda conducen a mejoras significativas en la calidad de vida y los factores relacionados con ésta, en las personas con enfermedad mental grave (Corrigan et al., 2002; Corrigan et al., 2005; Corrigan, Sokol & Rüsch, 2011; Finn, Bishop & Sparrow, 2007; Finn, Bishop & Sparrow, 2009).

Masudomi, Isse, Uchiyama y Watanabe (2004) han encontrado, en un estudio de 5 años de seguimiento, que la participación en grupos de autoayuda disminuye significativamente el riesgo de muerte en pacientes alcohólicos. Kelly, Stout, Zywiak y Schneider (2006) refieren que los de grupos de autoayuda, además de ser beneficiosos para diversos tipos de pacientes, incluso con niveles moderados de participación pueden ser provechosos para generar abstinencia. En tanto que niveles mayores, previenen recaídas severas.

Las personas con problemas de consumo de alcohol que participan de los grupos de autoayuda tienen significativamente menores índices de victimización, entendida como experimentar algún tipo de violencia (R. Schneider, Timko, Moos & Moos, 2011). Esto es importante porque quienes consumen y han sido víctimas de violencia, tiene altas probabilidades de re-victimización en el lapso de un año, si siguen consumiendo. Además, estas mismas personas que experimentan re-victimización tienen más síntomas depresivos y problemas de salud en un seguimiento a los ocho años. Por otra parte, es

sabido que quienes han experimentado abuso sexual son más propensos a abusar del alcohol u otras drogas. Sin embargo, Makin-Byrd, Cronkite y Timko (2011) encontraron que en este tipo de pacientes, si bien la participación y el compromiso inicial son más difíciles, los resultados sobre la abstinencia son incluso mejores que en quienes no han experimentado abuso sexual.

En la última década, más que seguir comprobando la efectividad de los grupos de autoayuda, las preguntas de investigación se han orientado a descubrir qué tipos de pacientes se benefician más de que tipo de grupos de autoayuda (DiNitto, Webb, Rubin, Morrison-Orton & Wambach, 2001; Kelly, McKellar & Moos, 2003), qué factores afectan a la implicación y la adherencia de los participantes a los mismos (Ben-Ari, 2002; Laudet, Magura, Cleland, Vogel & Knight, 2003; Mankowski, Humphreys & Moos, 2001; Janowsky, Boone, Morter & Howe, 1999; Seymour, Smith & Chambers, 2003), qué factores afectan a la supervivencia de los grupos (Chaudhary, Avis & Munn-Giddings, 2010; Wituk, Shepherd, Warren & Meissen, 2002), cuáles son las mejores maneras de establecer colaboraciones con profesionales, instituciones de salud y otras redes sociales (Hardiman & Segal, 2003; Humphreys & Moos, 2001; John, Veltrup, Driessen, Wetterling & Dilling, 2003; Magura, Fong, Staines & Cleland, 2005; Salem, Reischl, & Randall 2010).

En términos generales, los usuarios citan como fortalezas de participar en un grupo de autoayuda: la sensación de apoyo y comprensión, poder hablar libremente sin miedo a las represalias, obtener información, mejorar el humor, y la disminución en el uso de drogas (Corrigan et al., 2005; Félix-Ortiz et al., 2000; Munn-Giddings & McVicar, 2006; Pickett-Schenk, 2002).

El éxito de estos grupos depende de su asociación con otras agencias en la comunidad, es decir, el trabajo en red potencia su eficacia (Anderson-Butcher et al., 2004). Otro aspecto importante de trabajar en red, en particular con las entidades de salud pública, es que permite hacer las derivaciones mutuas necesarias de manera oportuna. No deja de ser una limitación el que muchos de los grupos de autoayuda tengan una consideración

negativa hacia los profesionales de salud, como es el caso de Alcohólicos Anónimos (inicialmente), puesto que tienden a utilizar menos los servicios, incluso cuando sería conveniente que lo hicieran. A pesar de lo cual este movimiento ha evolucionado en su aceptación del rol profesional. Un ejemplo de ello, entre otros, son los grupos que han estado apoyando el tratamiento farmacológico cuando es indicado. En estos casos, se ha encontrado que la participación en los grupos contribuye a que los pacientes con tratamiento farmacológico prescritos por sus psiquiatras aumentan la adherencia a los mismos (Magura, Laudet, Mahmood, Rosenblum & Knight, 2002; Meissen, Powell, Wituk, Girrens & Arteaga, 1999)

Por otra parte, la participación en los grupos de autoayuda afecta de manera compleja las redes sociales de sus miembros, ya que por una parte existe una tendencia inicial a disminuir en tamaño, si bien la calidad de sus vínculos mejora (Humphreys & Noke, 1997). Groh, Jason y Keys (2008) han realizado una revisión de los beneficios que obtienen los usuarios de los grupos de autoayuda en sus redes sociales. Estos autores destacan el apoyo social que les proporcionan y el cambio positivo en las redes sociales, especialmente en las redes sociales de amigos. Además, la participación beneficia en mayor medida a quienes han tenido redes sociales perjudiciales previamente.

Es interesante señalar que recientemente el modelo italiano del PEM ha participado en un estudio para evaluar el efecto de los grupos de autoayuda en su participación social. Los resultados indican que las personas que comienzan su participación en los grupos tienen una media menor de participación en organizaciones sociales (11%) que el promedio de las personas a nivel nacional (25%), lo que podría reflejar un deterioro en sus redes sociales. En tanto que los veteranos del programa, aquellos que llevan participando al menos dos años, tienen una media mayor que el promedio de la población (28,6%), sin contar su participación en la propia organización de autoayuda. Los resultados sugieren que la participación en estos grupos, no sólo afecta la calidad de vida individual (mayor salud, mayor confianza y autoestima) sino también su inclusión en la comunidad y su participación cívica (Folgheraiter & Pasini, 2009). Dada la semejanza de este Programa Ecológico Multifamiliar con el presente en Chile, es razonable esperar que los efectos puedan ser similares.

### **13. Aproximaciones multifamiliares.**

Existen diversas aplicaciones de la perspectiva multifamiliar dentro y fuera de contextos clínicos con distintos modelos (Deane, Mercer, Talyarkhan, Lamberta & Pickard, 2012; Kurtz, 1994; Saunders, 1975; Weine et al., 2008). Una de las ventajas de incorporar a la familia como unidad de trabajo en los grupos de autoayuda es que contribuye a motivar a los *usuarios índice* a asistir al grupo. En este sentido, uno de los mitos que es necesario superar es la creencia de que los consumidores de sustancias tengan que “tocar fondo” para iniciar un tratamiento. Así lo demuestra la investigación de Stanton (2004), quien tras una revisión de estudios que abordan el compromiso con la participación en grupos de autoayuda, concluye que la familia juega un rol clave. De hecho, incluso un 75% de los participantes que ingresan en un grupo de autoayuda lo hacen por la influencia que su familia ejerce en ellos. Además, se ha encontrado que personas que ingresan de esta manera pueden obtener mejoría, al mismo tiempo que la familia, al acompañar al dependiente, puede aprender nuevas maneras de motivarlo al cambio. Por otra parte, Gyarmathy y Latkin (2008) encontraron que las amistades desempeñan un rol clave para motivar a los consumidores de drogas a buscar ayuda en las fases tempranas del consumo, en las que el pronóstico es mejor.

En suma, esperar que el *usuario índice* “toque fondo” es innecesario (e incluso irresponsable), además del rol que juegan los profesionales en las derivaciones a los grupos de autoayuda, tanto la familia como los amigos pueden ayudarle a buscar tratamiento. Todo ello nos permite apreciar la ventaja de considerar las adicciones desde una comprensión sistémica y social.

### **14. Razones de los usuarios para abandonar los grupos de autoayuda.**

Una de las pocas investigaciones que abordan las razones por las que los pacientes no asisten o abandonan los grupos de autoayuda es la de Laudet (2003). A partir de una selección aleatoria de 101 usuarios que fueron derivados a grupos de autoayuda de AA, se realizó un seguimiento de la muestra, incluyendo tanto a los que abandonaron como a los que nunca se incorporaron a los grupos. Puesto que el estudio tenía varios objetivos,

se utilizó una combinación de preguntas abiertas y cerradas. Las preguntas que evaluaron las razones para abandonar o no incorporarse a los grupos eran abiertas y posteriormente fueron codificadas. Entre las razones para no incorporarse a los grupos estuvieron: no sentir que lo necesitaban (47%), el tratamiento profesional era suficiente (21%), no le gusta o no cree en los grupos (12%), todavía está consumiendo (6%), no podía asistir (tiempo, trabajo, etc.) (6%), no era obligatorio asistir (6%) y decir que no se les informó de los grupos (2%).

En los usuarios que se incorporaron pero luego abandonaron las razones fueron: no le gusta o no cree en los grupos (22%), todavía está consumiendo (22%), no podía asistir (tiempo, trabajo, etc.) (22%), ya captó el mensaje (22%) y no le fueron de ayuda (12%).

Por otra parte, a todos los usuarios se les preguntó cuáles consideraban que podría ser los mayores obstáculos para asistir a los grupos. En las preguntas abiertas señalaron que estos eran: falta de motivación o no estar listos para el cambio, y no percibir la necesidad de ayuda. A diferencia de lo que habitualmente se sugieren teóricamente como razones importantes en el caso de AA, no aparecieron los aspectos religiosos o la impotencia (powerless) como una dificultad para asistir.

El aspecto religioso y la impotencia sólo aparecieron al mencionarlos explícitamente en preguntas cerradas sobre los aspectos negativos que podría tener la participación en estos grupos, lo que no permitía incluir la falta de motivación o estar listo para el cambio como opciones. Luego un aspecto particularmente interesante de esta investigación es que al combinar preguntas abiertas con preguntas cerradas se obtienen respuestas diferentes. En este sentido, se suma a otras investigaciones en las que se encuentran diferencia entre las respuestas a preguntas abiertas y las cerradas (Chacón, Pérez, Flores & Vecina, 2010). En consecuencia, una de las interpretaciones de este tipo de resultados es la necesidad de tener cautela al realizar las preguntas cerradas, puesto que se puede perder información valiosa.

## **15. Inclusión de la tecnología.**

El avance tecnológico se ha incorporado de maneras diversas en los diferentes grupos de autoayuda (Cunningham, van Mierlo & Fournier, 2008; Finn & Steele, 2010; Humphreys, 2004; Klaw, Huebsch & Humphreys, 2000). Aunque existen algunos que no la utilizan en absoluto; otros la utilizan parcialmente como fuente de información y difusión; y algunos la utilizan para reunirse virtualmente además de las reuniones presenciales. Por último, han aparecido grupos de autoayuda online para diferentes problemas. No obstante, en éste último caso es difícil hablar propiamente de grupos de autoayuda, puesto que la gran mayoría de ellos funciona simplemente como comunidades virtuales, sin una limitación del número de miembros y sin la participación simultánea de estos (asincrónica). Los resultados de las revisiones sobre éste último tipo de grupos han encontrado que pueden tener un efecto favorable, pero limitado o no han encontrado efecto. Aunque en general no se han encontrado efectos perjudiciales, se han identificado riesgos potenciales. En cualquier caso, debido a los miles de personas que ya participan de ésta manera, más que frenar estas iniciativas se debe al menos minimizar los riesgos (Eysenbach, Powell, Englesakis, Rizo & Stern, 2004; Finn & Steele, 2010).

## **VI. ORGANIZACIONES DE AYUDA MUTUA.**

Los grupos de autoayuda generalmente están integrados en organizaciones de autoayuda, compartiendo, propósitos, valores, prácticas y estrategias. Aunque algunas organizaciones como AA procuren ser muy descentralizadas, compartiendo sólo la ideología y materiales bibliográficos, no es menos cierto que muchas otras procuran ir más allá. Además, esto puede detectarse desde los inicios del movimiento de autoayuda pre-AA, como hemos comprobado al revisar brevemente la historia.

Al abordar las organizaciones de autoayuda, nuevamente nos encontramos con una variedad de términos para referirnos a ellas: organizaciones dirigidas por consumidores<sup>28</sup>, iniciativas de consumidores supervivientes, centros de acogida de consumidores, centros de autoayuda operados por consumidores, agencias de autoayuda, organizaciones dirigidas por pares, programas de autoayuda, servicios prestados por consumidores, servicios dirigidos/ejecutados por consumidores<sup>29</sup> (Brown & Wituk, 2010).

En los términos anteriores pueden vislumbrarse diferentes grados de estructura, desde organizaciones que funcionan sin ningún espacio propio, como es el caso del PEM, hasta organizaciones que cuentan con su propia infraestructura.

Es interesante destacar que en EEUU, según la revisión de Goldstrom et al. (2006), el número de servicios dirigidos por consumidores supera al de los servicios tradicionales.

Por otra parte, el hecho de que algunas organizaciones funcionen con centros propios, y consecuentemente cuenten con un equipo contratado a tiempo completo que puede

---

<sup>28</sup> En este caso el término consumidores está siendo usado para referirse a la calidad de usuarios. Entonces al decir servicios dirigidos por consumidores, se refiere a que los mismos usuarios de la organización se hacen cargo de dirigirla.

<sup>29</sup> En inglés: consumer-run organizations, consumers/survivor initiatives, consumer drop-in centers, consumer-operated self-help centers, self-help agencies, peer-run bussinesses, self-help programs, consumer-delivered services, consumer-run servivices.



incluir profesionales, permite observar que el continuo usuario-profesional es insuficiente para describir organizaciones donde, a pesar de existir profesionales, el control puede permanecer en los mismos usuarios del servicio (Brown & Wituk, 2010; Talego et al. 2007).

Es posible establecer un continuo entre grupos de autoayuda aislados y organizaciones de autoayuda, de acuerdo al grado de estructura. De esta manera, los grupos de autoayuda serían el polo más inestructurado. Esto puede presentar ventajas, en el sentido que puede ser mayor la calidez y cordialidad propias de los grupos, dentro del contexto de relaciones informales. Además, el grupo depende de todos sus miembros para todas sus actividades, lo que puede generar un mayor compromiso grupal (Brown & Wituk, 2010).

A medida que la organización crece, algo prácticamente inevitable si un grupo tiene éxito, se genera presión para aumentar su estructura. Esto puede conllevar el riesgo de que los participantes se comprometan menos con el grupo dentro del cual interactúan, suponiendo que otros pueden hacerse cargo de las actividades o que es responsabilidad de otros que la dinámica del grupo funcione bien. No obstante, una organización más compleja tiene también ventajas. Una de ellas es la posibilidad de acceder a fuentes de financiación para desarrollar sus actividades. Otra ventaja crucial es la mayor visibilidad de la organización de autoayuda y la consecuente incorporación de nuevos miembros que estén buscando ayuda para los problemas que aborda esa organización. Lamentablemente algunos grupos eficaces permanecen aislados e invisibles para el resto de la comunidad (Kurtz, 1997; Brown & Wituk, 2010).

Herron y Owens (2007) destacan que una de las características que presentan los grupos de autoayuda que tienen mayor éxito es su accesibilidad. Esto puede ser entendido en dos sentidos. Primero, en el de que los grupos no tienen un proceso de selección. Segundo, en el sentido de que el grupo está disponible las 24 horas para sus miembros, lo que no puede decirse de los servicios profesionales. Esta disponibilidad también puede potenciarse al pertenecer a una organización mayor, por ejemplo, mediante una

plataforma web implementada con un servicio de apoyo online que brinde respuesta a sus miembros y/o la existencia de teléfonos a los cuales llamar en caso de experimentar crisis. Adicionalmente, la accesibilidad requiere y conlleva la visibilidad de los recursos a los que se puede acudir. Por ende, los grupos de autoayuda para poder ser totalmente accesibles requieren que la comunidad en la que están insertos les conozca.

Según Brown y Wituk (2010) la eficiencia y la dirección hacia metas concretas son otras ventajas que pueden encontrarse dentro de organizaciones de autoayuda de mayor complejidad. Ligado a ello está el desarrollo de programas de educación más avanzados que pueden incluso certificar las habilidades de quienes los completan. Ahora bien, siendo que una de las características de los grupos de autoayuda es que sus miembros pueden recibir información útil y que esta demanda de información útil es permanente, tiene particular sentido desarrollar programas de capacitación o educación continua donde se obtenga esa información, sin emplear para ello la sesión grupal misma, ya que la sesión debe centrarse en los problemas que presentan sus miembros.

Otro aspecto a tener en cuenta es el foco de interés de la organización. Si su interés principal es obtener ayuda para sus miembros o su interés es generar un cambio en la comunidad o cultura. Humphreys (2004) considera que tanto las iniciativas que mantienen un foco de interés interno como aquellas que pueden responder a ambos intereses son las que se enmarcan dentro de la ayuda mutua. Buscar sólo un cambio exterior desde luego tiene valor por sí mismo, pero estos grupos deben ser catalogados como un movimiento social. Ahora bien, es importante preguntarse hasta que punto cambios en los usuarios del sistema generan un cambio exterior (Borkman, 2007). Por ejemplo, la proliferación de organizaciones de autoayuda que hemos mencionado anteriormente, puede entenderse como un cambio social en la forma de afrontar los problemas de salud mental.

En resumen, es importante tener presente el nivel organizacional en el que están insertos los grupos de autoayuda para poder hacer un análisis adecuado de sus procesos y resultados, puesto que distintos niveles implican diferencias importantes. Procuramos

mantener presente esta recomendación cuando al iniciar nuestra línea de trabajo en 2006, intentamos analizar el PEM como una totalidad (J. A. Flores, 2008).

### **1. Relación entre los grupos de autoayuda y los profesionales de la Salud.**

Hemos señalado que los grupos de autoayuda han surgido con independencia de los sistemas sanitarios y de los profesionales, sin esperar ningún tipo de validación científica para surgir, crecer y desarrollarse. Los profesionales de la salud, tras unos inicios indiferentes, les han prestado una atención creciente. Han sido numerosos los autores que han sugerido las ventajas de un acercamiento entre estos grupos y los sistemas tradicionales de salud (Borkman, 1990; Jacobs & Goodman, 1989; Katz, 1981, Kurtz, 1997; Salzer, Rappaport & Segre, 2001; Riessman & Banks, 2001). Luego se ha generado un creciente cuerpo de investigaciones sobre este aspecto. Actualmente la pregunta se ha desplazado desde si es útil la colaboración entre el sistema de sanidad y las organizaciones de autoayuda, hacia cómo puede darse de mejor manera ésta colaboración (Kelly & Yeterian, 2011; Powell & Perron, 2010a; Powell & Perron, 2010b; Salem, Reischl, & Randall, 2008; Salem et al., 2010).

Una de las primeras revisiones de las investigaciones que abordaban este tema es la de Stewart (1990). Ésta autora revisó 15 estudios y concluye que en muchas investigaciones no hay un marco de referencia teórico para estudiar esta relación. Si bien, se han propuesto al menos cuatro teorías: atribución, balance, intercambio y sistémica. Para esta autora la teoría del balance o equilibrio es la más adecuada, puesto que según sus premisas las organizaciones burocráticas y los grupos pueden complementarse en funciones sociales necesarias. Nosotros consideramos que la teoría sistémica es más apta, siendo preciso señalar que Stewart pierde de vista que los grupos frecuentemente están integrados en organizaciones de autoayuda.

Según la revisión de Stewart (1990), los grupos dirigidos por profesionales (ya sea grupos clínicos o grupos a cargo de un profesional) y los grupos de autoayuda

comparten similares habilidades, resultados, tasas de asistencia y efectividad. Aunque en los grupos de autoayuda se valora más la mutualidad, la responsabilidad, el auto-descubrimiento, la calidez y la información.

Stewart (1990) destaca desde perspectiva de los miembros de los grupos de autoayuda, la falta de información que tienen los profesionales sobre dichos grupos y su falta de preparación para trabajar con ellos. Los miembros de estos grupos consideraron que el rol más deseable que deberían desempeñar los profesionales sería un rol indirecto que incluya un nivel de asesoría y derivaciones de nuevos usuarios. Esto coincide con análisis posteriores (Anderson-Butcher et al., 2004; Lieberman, 1998).

Por otra parte, según Stewart (1990) desde la perspectiva de los profesionales, ellos consideraron que para interactuar con los grupos de autoayuda era necesario contar con: conocimiento de organizaciones comunitarias, procesos de grupo y habilidades de asesoría. Una diferencia importante entre ambas visiones es que los usuarios de los grupos, a diferencia de los profesionales, daban un escaso valor al rol de los profesionales como iniciadores de grupos nuevos.

Respecto a las barreras de comunicación la principal fue la falta de conocimiento de los profesionales sobre los grupos de autoayuda, el consecuente proteccionismo e intento de control de los mismos (Stewart, 1990).

### **1.1 Preocupaciones de los profesionales respecto a los grupos de autoayuda.**

Lieberman (1998) resume muy bien las preocupaciones de los profesionales de la salud respecto a los grupos de autoayuda:

1. Considerarlos como una competencia de los servicios profesionales (en particular de la psicoterapia de grupo).
2. Que los pacientes dejen de utilizar los servicios profesionales adecuados.
3. Deteriorar o perjudicar el estado de salud de los pacientes más vulnerables (con mayor sintomatología psiquiátrica).

No obstante, el propio Lieberman (1998), basándose en diversas investigaciones, considera que estas preocupaciones son infundadas. Primero, los participantes de los grupos de autoayuda son frecuentemente usuarios de múltiples servicios, por lo que no reemplazan los servicios profesionales sino que buscan todas las ayudas posibles. Segundo, los participantes de estos grupos utilizan de una manera más adecuada los servicios de salud. Tercero, estas personas disponen de mejores redes de apoyo social que quienes no participan en ellos. Podríamos agregarle que la auto-selección permite a los pacientes elegir permanecer en el grupo o no. Además, los mismos grupos pueden derivar hacia los profesionales a los usuarios que identifiquen como más complejos.

Siguiendo a Lieberman (1998), los profesionales pueden contribuir de cuatro maneras a los grupos de autoayuda: brindándoles legitimidad, transfiriéndoles tecnología, asesoría y desarrollando nuevos grupos. Kurtz (1997) coincide con estos criterios y, además de dar ejemplos específicos de cada uno de ellos, agrega el rol del profesional como investigador, pero aclarando que la investigación acción es la adecuada. En la última década se ha prestado especial atención al rol de los profesionales en la derivación de usuarios a los grupos (e.g., Fenster, 2006; Kaskutas & Subbaraman, 2011; Laudet, 2008; Timko, Billow, & DeBenedetti, 2006; Timko, DeBenedetti, & Billow, 2006; Vederhus, Kristensen, Laudet & Clausen, 2009).

## **1.2 El nivel organizacional de la relación: Organizaciones de autoayuda y Sistema Sanitario.**

Actualmente, el foco de interés en la relación entre ambos sectores se ha llevado al nivel de la organización. Salem et al. (2010) ofrecen una perspectiva de cómo debe ser esta colaboración entre organizaciones de autoayuda e instituciones de sanidad, a partir de un estudio de seguimiento de 14 años. Uno de los resultados importantes fue que aquellos grupos que son iniciados por profesionales tienen menor duración que aquellos iniciados por usuarios. Por otro lado, los grupos que funcionaban en escenarios de salud mental tenían mayores probabilidades de sobrevivir. Consideramos que esto refleja un punto interesante, puesto que el hecho que el sistema sanitario provea un espacio para que los grupos se desarrollen no implica que se deba perder el protagonismo de los usuarios en la dirección los grupos.

Salem et al. (2010) consideran que, además de las potencialidades, la relación entre ambos sectores conlleva riesgos importantes. Algunos de los riesgos para las organizaciones de autoayuda están relacionados con perder el control sobre:

- A. Quien puede asistir a las reuniones de los grupos de autoayuda.
- B. Quien debe dirigir éstos grupos.
- C. Los contenidos del programa y sus actividades.

Salem et al. (2010) proponen que para poder ser minimizados estos deben ser evaluados constantemente. Según estos autores, algunas claves para afrontar estos riesgos son:

1. Evaluar la propia organización de autoayuda y el ambiente en la que está inserta.
2. Priorizar la evaluación de los riesgos
3. Actuar para minimizar los riesgos. Esto puede realizarse mediante:
  - A. La negociación de aquellos aspectos que son menos esenciales de la organización de autoayuda y la consideración de aquellos que son innegociables.

- B. Evitar la presión institucional de las organizaciones tradicionales de Sanidad, como por ejemplo, la presión hacia la conformidad. Esto puede hacerse separando las actividades internas de la autoayuda de las estructuras formales. Aunque siempre queda el recurso de interrumpir la relación.
  - C. Fortalecer y construir valores que sean compatibles con el ambiente externo, buscando apoyos para la visión de la organización de autoayuda.
  - D. Fortalecer la capacidad interna de la organización.
4. Comprometerse en la evaluación de riesgos en el transcurso y la gestión de la relación de cooperación.

Aunque la colaboración puede darse en diferentes grados, es importante que la organización de autoayuda tenga claro cuál es su modelo guía, según el cual están definidas las metas, valores y orientaciones a la acción. La separación entre “ideología” y modelo obedece más a una estructura lógica y formal según nuestro punto de vista. Todas las organizaciones de autoayuda tienen alguna ideología, aunque sea muy simple (Kurtz, 1997). Luego, todas las organizaciones de autoayuda tienen un modelo explicativo, más o menos explícito, en su base.

Con todo, a partir de lo señalado por Salem et al. (2010), para la investigación presente es clara la necesidad de contar con el modelo teórico del PEM, lo que también se evidenciará desde el punto de vista de la evaluación de programas. Un modelo teórico permite establecer que aspectos son negociables y cuáles no lo son, así como los diferentes elementos que pueden ser apoyados por otras redes. Además, presenta un panorama claro de cuáles son los aspectos que se pueden fortalecer.

La integración de los grupos en organizaciones de autoayuda, desde un principio o como una evolución posterior, ha implicado que puedan plantear propuestas y defender sus derechos y sus puntos de vista respecto a los problemas que les dan razón de ser y las soluciones que proponen para ellos. Además, todo ello con la experiencia que han acumulado en décadas de funcionamiento. El siguiente apartado desarrolla dos conceptos que son importantes para comprender estas organizaciones: la perspectiva de la *recuperación* y el *curso de vida*.

## 2. El concepto de Recuperación.

Un concepto que ha venido ganando espacio es el de *Recuperación* (Recovery). Según Davidson y White (2007) la conceptualización de que el tratamiento es equivalente a la recuperación es insuficiente. Además, White y Kelly (2011) consideran que es un error tratar la dependencia o adicción como un cuadro agudo, siendo que es una condición crónica. Esto implica que se requiere un tratamiento basado en la comunidad y de largo alcance.

Hser y Anglin (2011) recogen la definición realizada en la Convención Nacional de Recuperación 2005<sup>30</sup>, que contó con el consenso de más de 100 representantes de diversas organizaciones, a partir de ella se entiende que la *Recuperación* es: “un proceso de cambio a través del cual un individuo logra la abstinencia y mejora su salud, bienestar y calidad de vida” (p. 15).

Para Davidson y White (2007) la *Recuperación* se puede ver desde dos puntos de vista:

1. La manera en que una persona con enfermedad mental o experiencia de adicción activamente maneja su problema y los efectos secundarios de éste, en el proceso de recuperar completamente una vida plena de significado en la comunidad.
2. El *cuidado orientado hacia la recuperación*, que es el tratamiento y rehabilitación que se ofrece para apoyar a la persona/familia en sus propios esfuerzos de largo alcance.

Ambos aspectos deben entenderse como complementarios, puesto que permiten una visión y metas comunes para quienes están en proceso de recuperación, incluyendo también a sus seres queridos, los profesionales de la salud y la comunidad. De esta manera, se destaca el papel de responsabilidad central que tiene quien experimenta más directamente la condición: la persona/familia (Davidson & White, 2007).

---

<sup>30</sup> Organizada por el Centro para el tratamiento para el abuso de Substancias (CSAT) y por la administración de servicios de Salud Mental y Abuso de sustancias (SAMHSA)



Es necesario destacar que “persona/familia” es un concepto que es muy próximo, si es que no equivalente, al concepto de familia utilizado por el PEM. Luego, desde perspectivas diferentes podemos ver como la visión del PEM y la del movimiento de *Recuperación*, que implica a muchos actores con una extensa experiencia en dependencias y enfermedad mental, coinciden en varios elementos. Tanto la visión de la recuperación como un proceso extenso, como la necesidad de involucrar a la comunidad, además del rol central de la familia, son aspectos comunes. Adicionalmente, puede notarse como la definición de *Recuperación* apunta a abordar el estilo de vida. Si bien una diferencia importante es que los autores que promueven este concepto defienden la consideración de la dependencia como una enfermedad crónica, en tanto en el PEM se opta por considerarla un problema social.

Es interesante notar que según Hser y Anglin (2011) se puede considerar que el proceso de recuperación puede estar “completo” a los 5 años, lo que se apoya en las investigaciones de Hser (2007) y Dennis, Foss y Scott (2007). Este es el mismo plazo “mínimo” recomendado por el PEM para lograr un cambio en el estilo de vida.

Cuando se considera el diagnóstico dual entre adicciones y otras enfermedades psiquiátricas, la revisión de Drake, Mueser, Brunette y McHugo (2004) deja claro que el tratar de forma separada cada uno de estos problemas de salud mental es inefectivo. Davidson y White (2007) sostienen que esto no es nada nuevo en los 25 años anteriores y se debe a una falta de integración entre la salud mental y la adicción. El concepto de *Recuperación* permitiría ésta integración (Laudet, 2008; Laudet & White, 2008).

### **3. El marco conceptual del “Curso de vida”.**

Hser y Anglin (2011) aplican un concepto muy ligado a la *Recuperación*, la perspectiva del *curso de vida*. Este es un concepto tomado de las ciencias sociales, que ha sido aplicado principalmente a la investigación en criminología. Uno de los aportes de esta perspectiva es incluir el desarrollo de trayectorias o carreras, puntos de transición e inflexión, además de sus relaciones entre sí. Desde luego, el trabajo de Goffman es un

referente claro, puesto que aplica el concepto de “carrera moral” a la delincuencia (Goffman, 1963), pero también lo aplica a los pacientes con enfermedad mental (Goffman, 1961; 1963). Sin embargo, ésta perspectiva propuesta por Hser y Anglin (2011) es más optimista, en cuanto a que se enfoca en la recuperación. Estos autores, recurriendo a la criminología, toman de referencia el concepto de “trayectoria” de Sampson y Laub (1996), quienes la definen como: “patrones de larga duración y secuencias de transición conductual” (p. 315). Estos patrones estarían afectados por el capital social disponible para ese individuo, que incluye las interrelaciones personales e institucionales. Lo que se destaca es que el cambio personal no sucede en el vacío, sino dentro de las posibilidades que la sociedad permite. Más concretamente, la influencia del capital social puede facilitar o impedir el cambio, en este caso, la recuperación de la adicción y/o la enfermedad mental. En consecuencia se puede hablar de “capital de recuperación”. Este se constituiría a nivel individual. Las transiciones generarían cambios a corto plazo (p.e. cambiar de trabajo), en tanto que los puntos de inflexión generarían cambios a largo plazo. Algunas transiciones podrían generar puntos de inflexión. Se enfatizaría entonces el re-direccionar la trayectoria mediante la generación de puntos de inflexión.

En suma, de acuerdo a Hser y Anglin (2011), “la recuperación implica un cambio en el estilo de vida” (p.11). Nuevamente, es interesante que se utilice conceptos tan cercanos a los empleados en el PEM, puesto que se construye una visión común en torno al problema de la enfermedad mental y las adicciones. No obstante, persisten diferencias como la concepción del PEM del consumo como un problema social y no sólo como una enfermedad. De hecho, en el PEM se evita hablar de enfermedad porque se considera reduccionista, sin negar que parte del problema pueda ser biológico. Más aun cuando para el PEM el papel preventivo que pueden realizar sus distintos segmentos (e.g., educación continua) sobre la población, implica llegar a quienes no cumplen los criterios para ser diagnosticados como enfermos. Este especial énfasis del PEM en llegar antes de que se inicie el problema (prevención primaria) o cuando el problema está en su etapa temprana (prevención secundaria) marca una diferencia importante. En este último sentido, coincide por lo señalado recientemente por Tucker y Simpson (2011) sobre la necesidad de llegar a las personas que ya tienen problemas de consumo, pero que todavía no han experimentado las graves consecuencias que puede acarrear.

Otra diferencia con la mayoría de las organizaciones del movimiento de la *Recuperación* es que la participación de la familia debe participar al unísono en los grupos (y en el resto de los segmentos del PEM), sumado al concepto sistémico básico de que toda la familia experimenta el problema, por lo que las familias no sólo ayudan al dependiente a salir de “su problema” sino que se ayudan también a sí mismas.

En todo caso, consideramos relevante presentar los conceptos de *recuperación* y perspectiva del *curso de vida*, puesto que además de ser conceptos que han ganado terreno en los últimos años, también requieren de un modelo explicativo explícito, que ofrezca una explicación a largo plazo y considere diferentes niveles de inclusión, desde el usuario/familia hasta la sociedad en su conjunto.

## **VII. CRÍTICAS A LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA.**

### **1. Argumentos y contra argumentos.**

Con el fin de comprender mejor el estado actual de los grupos de autoayuda y del PEM, consideramos relevante revisar las críticas y contra críticas a estos grupos. Es necesario advertir que algunas de ellas ya fueron abordadas por Katz en 1979. Las primeras seis críticas que exponemos a continuación están recogidas en Sánchez Vidal (1996). La séptima es realizada por Montenegro (2001) y la octava es la formulada por Jackson, Gregory y McKinstry (2009). Estas críticas son:

1. No ha sido probada la efectividad de los grupos de autoayuda
2. Pueden emplearse para disminuir la responsabilidad pública, profesional y transferir la responsabilidad a los voluntarios.
3. Pueden fomentar la dependencia
4. Los miembros no obtienen ayuda real a sus problemas
5. Se limitan a fragmentar un problema social en partes más pequeñas
6. Pueden responsabilizar a la víctima, perniciosamente, de un problema que tiene raíz social no reconocida o atacada.
7. Son intervenciones directivas, no participativas.
8. La literatura en torno a la autoayuda es demasiado optimista.

La primera es que su efectividad no ha sido probada. Más de una década después de formulada esta crítica existe un cuerpo creciente de información que muestra los múltiples beneficios de participar en estos grupos, particularmente para las personas que presentan problemas de abuso de alcohol y otras drogas, que es donde más se ha estudiado (e.g., Corrigan et al., 2011; Chien, 2010; Donovan & Wells, 2007; Kelly, Magill & Stout, 2009; Kelly & Yeterian, 2011; Humphreys, 2004; Humphreys et al., 2004; McKellar, Stewart & Humphreys, 2003; Moos, 2011a; Pistrang et al., 2010; Vederhus & Kristensen, 2006).

La segunda crítica, que puede emplearse para disminuir la responsabilidad pública y profesional y la transferencia de responsabilidad que se le hace a los voluntarios, es extensible a cualquier tipo de voluntariado y deja de tener sentido cuando se considera que, la cobertura necesaria y el consiguiente costo que tendría prestar atención

profesional directa para el 18-20 % de la población de Chile (la prevalencia de los dependientes), es imposible de alcanzar. Esto no contraviene el hecho de que se necesiten más profesionales en salud pública, porque se necesitan, sino que destaca que el aumento en la dotación profesional en términos realistas nunca va a lograr cubrir las necesidades. Albee (1968) al realizar una serie de informes sobre salud mental para el gobierno de E.E.U.U. llegó a esa conclusión: de que nunca será posible contar con suficientes recursos humanos profesionales para atender a todas las personas que tienen problemas de salud mental, lo que generó un cambio hacia la prevención en la política de salud mental. Precisamente esa es una dirección lógica cuando, como hemos visto, la recuperación es un proceso de largo alcance que requiere un seguimiento prolongado. Katz (1979) señala que existen numerosos ejemplos en los que grupos de autoayuda han afectado las políticas públicas, al realizar demandas específicas, por lo que en vez de disminuir la responsabilidad de las autoridades de salud, las personas que participan de estos grupos se vuelven más exigentes con ellas. En otras palabras, es muy probable que las personas se empoderen. Este argumento también puede encontrarse en los trabajos recientes de Borkman (2007).

Holter, Mowbray, Bellamy, MacFarlane y Dukarski (2004) han informado de diferentes esfuerzos (teóricos y prácticos) realizados para establecer líneas de colaboración en los que los consumidores (usuarios) de los servicios de salud participen activamente, bajo el concepto “servicios dirigidos/ejecutados por consumidores” (consumer run services). Esto abre la posibilidad de articulación entre los servicios profesionales y los recursos propios de los usuarios, en los que éstos últimos valoran enormemente la posibilidad de gestionar y tomar decisiones respecto a sus problemas de salud, sin por ello dejar de recibir la ayuda profesional (de acuerdo con los datos recogidos por un estudio a nivel nacional en Estados Unidos realizado por dichos autores). En realidad, la colaboración con instancias de participación y empoderamiento de los usuarios, en vez de descargar de responsabilidad a la sanidad pública y a los profesionales, por el contrario implica asumir una responsabilidad más elevada, al ser un desafío mucho mayor que el mantenerse al margen del crecimiento de los grupos y organizaciones de autoayuda. Un desafío que según diferentes autores se hace cada vez más impostergable de asumir (Humphreys, 2004; Kelly & Yeterian, 2011; Moos, 2011b; Powell & Perron, 2010a; Powell & Perron, 2010b; Silverman, 2011; Swarbrick, Schmidt & Pratt, 2009; Yip, Lee & Law, 2004).

Un aspecto particularmente interesante de esta segunda crítica, es la mención que se hace del voluntariado. Es paradójica, puesto que generalmente se desconoce el trabajo voluntario de los participantes de estos grupos, y cuando no se les deja explícitamente fuera de la definición de voluntarios, se evita al menos incluirlos. Este desconocimiento es tal que Smith (1997) ha llegado a afirmar que los grupos de autoayuda son parte de la invisible *materia oscura* del voluntariado, aludiendo a un concepto de la física.

La tercera crítica es que se puede fomentar la dependencia, en especial en grupos autoritarios que predicen una sumisión irracional, fomentando la idea de que para estar “sano” hay que permanecer en el grupo. Katz (1979) considera apropiado hablar de un continuo sobre la intensidad de la ideología del grupo, entendida como la rigidez del sistema de creencias con que explican el problema que los reúne. En todo caso, esto implica que no todos se sitúan en un extremo.

Es posible que la “sumisión irracional” sea aplicable a algunos grupos ligados a sistemas religiosos muy rígidos, donde efectivamente existan reglas coercitivas. No obstante, esto es más probable en comunidades cerradas, por lo que no es adecuado generalizar. De hecho, parece ser que la espiritualidad es un aspecto donde es importante prestar especial atención a las características de los usuarios, puesto que por una parte, es menos probable que las personas no creyentes asistan a grupos que tengan un contenido religioso explícito (Atkins & Hawdon, 2007); aunque por otra parte, en las personas que tienen una creencia religiosa, la espiritualidad puede jugar un rol clave en el proceso de recuperación (Zemore, 2007). En consecuencia, parece ser que de existir una creencia religiosa ésta puede potenciar el cambio (Dadich, 2007; Pickett-Schenk, 2002) y de hecho puede ser un mediador que favorece la asistencia (Chi, Kaskutas, Sterling, Campbell & Weisner, 2009).

Por otra parte, una de las redes más extendidas a nivel mundial, AA, incluye la creencia en un poder superior, pero no impone a sus integrantes ritos ni creencias más específicas. Herrero (2004) ha analizado las razones por las que no se debe considerar a AA como una secta. Desde luego, si los usuarios no son creyentes, no sería tan recomendable derivarles a este tipo de grupo, pero existen muchas otras variedades de grupos de autoayuda explícitamente laicos a los que se puede acudir, siendo importante

informar a los usuarios de los grupos que existen para que puedan ejercer su derecho a elegir.

En todo caso, el PEM se funda en la antropología espiritual<sup>31</sup>, por lo que no exige ninguna creencia religiosa y esto los hace más fácilmente compatibles con la sanidad pública.

La mayoría de los grupos de autoayuda han ido evolucionando a través del tiempo (e.g., sobre la visión de los profesionales); organizaciones como AA como GROW y Recovery.Inc, entre otros han experimentado cambios y esto debe tenerse en cuenta antes de repetir críticas que se hicieron hace décadas, incluso si estas no adolecen de la simple elucubración mencionada por Katz (1979).

El PEM establece un tiempo mínimo de recuperación de cinco años. No se considera que sea necesario permanecer de por vida en el PEM (ni en otros grupos como Recovery.Inc o GROW), aunque los usuarios puedan acostumbrarse a asistir, por el espacio de apoyo y comprensión que ofrece. Sin embargo, según esta tercera crítica estaríamos diciendo que se puede ser dependiente del “apoyo social” disponible en las redes, lo que es cuestionable.

La cuarta crítica es que los miembros no obtienen ayuda real a sus problemas más allá de la participación y el apoyo, lo que la acerca a la primera crítica sobre la efectividad. De todas formas, ¿En qué sentido esta ayuda emocional no es real? ¿Qué es lo real para los usuarios? Existe bastante consenso en que el apoyo social percibido (subjetivo) es mucho más relevante que el apoyo social recibido (objetivo). Ahora bien, esto no quiere decir que se utilice a los grupos de autoayuda para solucionar problemas donde también se requiere invertir en otros recursos (e.g., Williams & Windebank, 2000). No obstante, estos grupos permiten contar con una red social que favorece la salud y la calidad de vida.

---

<sup>31</sup> Es importante destacar que Hudolin tuvo un rol muy activo en movimientos religiosos, sin embargo, optó por promover un programa laico.

En particular en el PEM, donde lo central es cambiar el estilo de vida familiar, parece ser que la ayuda es bastante real, en tanto que genera cambios, puesto que los participantes así lo refieren (J. A. Flores, 2008).

La quinta crítica es que al limitarse a fragmentar un problema en partes más pequeñas no promueve el cambio social, que es muy parecida a la segunda crítica sobre que reduce la responsabilidad pública y profesional. Todo lo anterior es también es afirmado por Montenegro (2001). Básicamente esto implica desconocer el trabajo de Borkman (1990, 1999, 2006, 2007, 2010) y otros autores que precisamente han estudiado como los grupos de autoayuda contribuyen a generar el cambio social (Adamsen 2002; Adamsen & Rasmussen, 2001; Archibald, 2008; Damen, Mortelmans, & Van Hove, 2000; Hatzidimitriadou, 2002; Mok, 2004). La falta de comunicación con otras disciplinas, como la sociología y antropología, que contribuyen a estudiar aspectos del cambio social y cultural, es probablemente una de las razones por las que esa aportación al cambio social permanezca desconocida.

Ésta es una crítica que no se aplica en particular al PEM, puesto que su propuesta va más allá de la propia responsabilidad del dependiente, luego más allá de la familia y de la comunidad local para responsabilizar también a la sociedad y a la cultura por el surgimiento del problema. Posiblemente esto hace que en parte el PEM encuentre una gran resistencia para crecer, porque obliga a los profesionales a cuestionarse su propia postura frente al consumo de alcohol y otras drogas. Los profesionales usualmente preferimos promover que otros critiquen su realidad antes que tener que cuestionar nosotros mismos la nuestra.

Uno de los aspectos ligados a esta resistencia profesional es que la meta de los grupos de autoayuda sea la abstinencia, en la mayoría de los casos. Según Humphreys (2004) esto se debe a que los profesionales no aceptan fácilmente que no se pueda tener como meta la reducción/moderación del consumo, y esto se debe en gran medida a que ellos mismos tienen menos probabilidades de experimentar dependencia a sustancias, puesto que su nivel educativo es claramente un factor protector. De hecho, los grupos de autoayuda que tienen como meta la moderación del consumo como MM (Moderation Management) están compuestos por usuarios que tienen un nivel educativo más alto y



mayores ingresos. Ahora bien, los resultados de los grupos que tienen como meta la abstinencia son consistentemente mejores (Humphreys, 2004).

Por otra parte, Laudet (2008) encontró que la abstinencia predice una calidad de vida mejor en los participantes de los grupos. Un aspecto particularmente interesante es que Laudet (2007) decidió preguntarles a los usuarios de diferentes grupos de autoayuda cual era su propia definición personal de recuperación en términos de abstinencia: 1) moderación del consumo de alcohol y otras drogas. 2) abstinencia del consumo de drogas, pero moderación del consumo de alcohol. 3) abstinencia del consumo de alcohol, pero moderación del consumo de drogas. 4) abstinencia de ambos.

Un 87% de los usuarios de los grupos de autoayuda en EEUU respondió que la recuperación significaba para ellos la abstinencia total. Esto no es sorprendente puesto que en ese país prima la visión de AA. No obstante, los investigadores repitieron el estudio en usuarios australianos, donde prima el modelo de reducción de daños. Lo sorprendente es que un 74% de los usuarios respondió que la abstinencia total era su opción (Laudet, 2008). Una de las implicaciones de estos resultados es que la mayoría de los usuarios de los grupos de autoayuda parecen definir que la abstinencia total es una meta deseable para ellos. Luego los profesionales de la salud deberían respetar que los grupos de autoayuda tengan esta meta.

La sexta crítica es que los grupos de autoayuda pueden responsabilizar a la víctima, perniciosamente, de un problema que tiene raíz social no reconocida o atacada. Nuevamente, parece una extensión de la crítica anterior, por lo que el contra argumento es similar, con algunos matices. Katz (1979) sugiere considerar un continuo sobre el grado de identificación o rechazo hacia la sociedad dominante y sus valores. En este sentido, habría grupos que al centrarse sólo en el cambio personal promueven implícitamente la aceptación de lo establecido, donde se encontraría AA. No obstante, habría otros muchos grupos que favorecerían el cuestionamiento social y cultural, como sería el caso, según Katz (1979), de los grupos de autoayuda feministas en medicina <sup>32</sup> en los E.E.U.U., que cuestionan el trato “sexista” que han recibido las mujeres y pretenden cambiarlo. Ahora bien, el foco en la comunidad ha estado presente desde los

---

<sup>32</sup> Feminist self-help medical groups

orígenes de los grupos de autoayuda pre-AA, como ya hemos revisado. Es necesario tener en cuenta las múltiples coincidencias entre los diferentes grupos de autoayuda respecto al rol que debe tomar la sociedad, Recovery Inc. (y otros grupos que respaldan la perspectiva de *la recuperación*) al igual que el PEM consideran imprescindible involucrar a la comunidad y claramente demandan un cambio social. Esto incluso es más evidente en éste último, si se considera que la meta explícita del PEM es lograr el cambio cultural.

Sobre la séptima crítica, la consideración de Montenegro (2001) de que las intervenciones en estos grupos son directivas y no participativas, consideramos que olvida todo el desarrollo histórico de los mismos. Ésta es una de las razones por la que hemos procurado hacer una revisión breve de la perspectiva histórica de los grupos, puesto que se pueden encontrar ejemplos concretos pre-AA, como lo revelan las investigaciones de White (1998, 2004, 2008) y de Coyhis y White (2006). Por ende, se puede remontar la existencia de estos grupos a 250 años hacia atrás. Esto es relevante puesto que establece claramente que los grupos son previos no sólo al surgimiento de la psicología y otras disciplinas, sino al concepto mismo de apoyo social, que surge alrededor de 1970 (Gracia, 1997; Barrón, 1996). Es diferente crear conceptos para explicar la realidad de los movimientos sociales mediante teorías, que decir que esas teorías son la base sobre la que han surgido los movimientos sociales. Indudablemente algunas teorías han favorecido el surgimiento de movimientos sociales, pero éste no es el caso de los grupos de autoayuda, por ello es preciso remarcarlo.

Afirmar que “los grupos de apoyo social y auto-ayuda se basan en teorías provenientes del apoyo social” (Montenegro, 2001, p. 153) es claramente incorrecto, puesto que el concepto de apoyo es utilizado para explicar fenómenos sociales que lo preexistían. Aunque se podría decir que esto es evidente, no parece ser así, toda vez que al leer los capítulos dedicados a los grupos de autoayuda de diferentes libros, se transmite la idea contraria, sin darle ningún peso a la historia previa. Incluso si se considerase a AA como el inicio de estos grupos, sería anterior al concepto de apoyo social.

Un ejemplo concreto de información errónea sobre los grupos de autoayuda es la “Guía para Grupos de Autoayuda” del Plan regional sobre drogas de la Comunidad de Madrid (1996). En ella se afirma que para que un grupo de autoayuda se inicie debe contar con

dos profesionales psicólogos que lo dirijan. Además de una notablemente escasa y desactualizada bibliografía (para su fecha de publicación), éste es un buen ejemplo de cómo el intento de “estandarizar” la creación de grupos de autoayuda olvida mencionar las ideologías que han estado en su fundamento. Desde luego, con esa clase de grupos no es esperable generar cambio social alguno, puesto que son versiones “light” de lo que es realmente un grupo de autoayuda.

Así como en el mundo académico nos preocupamos de citar correctamente las ideas de otros, lo que nos parece justificado, corresponde también que nos preocupemos por reconocer el merito de movimientos y organizaciones sociales que han estado ahí y a las que debemos gran parte del material con el que trabajamos. La proliferación de Manuales y Guías “asépticas” sobre cómo crear grupos de autoayuda, que “olvidan” mencionar la historia y las organizaciones involucradas en ella, presenta una idea no sólo injusta (dando a entender que los profesionales nos inventamos los grupos de autoayuda), sino que además menos útil. El primer paso lógico que debería incluir cualquier guía para promover grupos de autoayuda es la detección y contacto con los grupos de autoayuda ya existentes en su territorio ¿Quién mejor que quienes ya tienen la experiencia para promover nuevos grupos? Así lo muestra la promoción de grupos de autoayuda en Alemania oriental por líderes de grupos de autoayuda de Alemania occidental que contribuyeron a generar nuevos grupos tras la unificación alemana (Von Appen, 1994). Aunque evidentemente puede haber temas en los que no exista un grupo de autoayuda, primero corresponde descartar que no lo haya. Además, particularmente en dependencias al alcohol y otras drogas, hay más grupos de los que los profesionales conocen. De hecho, muchas veces los profesionales prefieren constituir sus propios grupos por desconfiar de los ya existentes. Desde luego, es importante resguardar la universalidad de la atención en el sistema público, lo que puede entrar en conflicto con la ideología de algunos grupos. No obstante, si la relación es de colaboración (no de fusión) los usuarios pueden ser informados acerca de los diferentes grupos que existen y ejercer su libertad de elegir.

Por otra parte, es importante remarcar la diferencia entre grupos de autoayuda y grupos de psicoterapia, puesto que los primeros se generan en un momento en que el desarrollo teórico es incipiente, y surgen fuera de lo oficial sin basarse en ningún conocimiento científico. Por su parte, los grupos psicoterapéuticos cobran fuerza durante la Segunda

Guerra Mundial, cuando los militares de ambos bandos se vieron forzados a probar estrategias grupales para atender a la ingente cantidad de pacientes con problemas de salud mental (Scheidlinger, 1998, 2004). Entonces más bien han surgido teorías, como afirma Sánchez Vidal (1996), que procuran explicar por qué los grupos de autoayuda funcionan.

Los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos, surgen definiendo ellos mismos el problema, la posible solución, las estrategias y a sí mismos como los protagonistas del cambio. Los grupos de autoayuda fuera de ámbitos institucionales son considerablemente mayores que los que puedan generarse dentro de éstos. Por lo tanto, es paradójico decir que una intervención que surge “desde abajo” es una intervención directiva, en el sentido de que sean organizadas desde las instituciones. Los grupos de auto-ayuda no necesitan ser formados por profesionales en dinámicas de grupos para su surgimiento como lo afirma Montenegro (2001). Particularmente porque ellos no han esperado la aprobación científica para funcionar, sino que simplemente se han otorgado a sí mismos la vigencia social a través de su existencia y expansión exponencial. Son los profesionales los que han buscado maneras de aprovechar estos grupos que ya existen para poder interactuar con ellos de diversas maneras, como afirma Humphreys (2004). A pesar de la resistencia inicial de gran parte de éstos, la presencia de los grupos en distintos ámbitos era tan innegable que se comenzaron a buscar maneras de colaborar con estos grupos. Entre estas maneras se encuentra el brindar asesoría, pero no es que la asesoría sea imprescindible, sino que puede mejorar los resultados de los grupos, siempre que respete el propio poder de sus miembros para generar el cambio.

Montenegro afirma que “La principal diferencia entre las perspectivas participativas y las de 'intervención dirigida' es que las primeras conceptualizan al grupo afectado por algún problema social como interlocutor y actor privilegiado para la transformación social” (Montenegro, 2001, p. 304) Luego, ¿cuál sería el criterio para excluir de lo participativo a personas que se organizan alrededor de un problema común como hacen los grupos de autoayuda? Lo anterior es precisamente lo que han buscado estos grupos, que se les considere interlocutores válidos. La postura inicial de algunos grupos como AA de rechazar a los profesionales e incluso al sistema, no es más que una respuesta lógica al rechazo que han experimentado de ellos anteriormente (Humphreys, 2004). Katz (1979) sugiere también utilizar un continuo en este sentido, donde SYNANON

(que actualmente no existe) se encontraría en el polo del rechazo, A.A. ocuparía un punto intermedio y *United Cerebral Palsy Asociation* estaría en el polo de la aceptación. Actualmente la mayoría de las organizaciones de autoayuda considera valioso algún tipo de colaboración con los profesionales.

Considerar las intervenciones de los grupos de autoayuda como directivas, atribuyéndoles poco interés por generar un cambio social, contrasta con los resultados reportados por Mok (2004) quien refiere que estas intervenciones tiene un impacto a nivel intra-personal, interpersonal y sobre la comunidad local. A nivel macro, las actividades de defensa de los derechos (advocacy) de los miembros de estos grupos pueden generar un efecto real sobre las políticas públicas (Manning, 1998). Además, el supuesto desinterés por generar el cambio social contrasta con los resultados de la investigación de Fogheraiter y Pasini (2009), ya citada, según la cual quienes ingresan en estos grupos tienen una media significativamente menor de participación ciudadana que la media de la población y, tras una media de dos años de participación, su nivel de participación ciudadana es significativamente mayor que la media de la población (excluyendo la participación misma en los grupos de autoayuda). Esto descarta que sean las personas “naturalmente” más participativas las que se interesen en integrarse en estos grupos.

Por otra parte, Kurtz (1997) señala que en las últimas tres décadas se ha pasado de considerar a los grupos de autoayuda como complementos aislados del tratamiento profesional a considerarlos como potenciales comunidades, donde sus miembros reciben mucho más beneficios que el cuidado profesional ni siquiera pretende ofrecer. Esto es lógico, puesto que aunque ambos comparta el interés por mejora la salud de las personas, el área de impacto de los grupos en tanto organizaciones comunitarias es diferente y más amplia. Luego, incluso si hubiese hipotéticamente profesionales suficientes para brindar atención individual a cada usuario, estos mismos profesionales no tendrían como parte de su labor de sanidad tratar las mismas áreas que afectan las organizaciones de autoayuda en tanto comunidades. Así como el abordaje grupal tiene un alcance diferente que la intervención individual, el abordaje a nivel de la comunidad tiene sus propias ventajas. Esto también ha sido señalado por Katz (1979) y es otro aspecto a considerar para comprender que no se trata de establecer relaciones de competencia sino de colaboración.

La octava crítica, de Jackson et al. (2009), es sobre el optimismo abundante en la literatura de autoayuda, puesto que consideran que sólo se informan resultados positivos. Lo cierto es que Moos (2008) refiere que de todas las investigaciones en grupos de autoayuda, si bien algunas no han informado mejora significativa, la única que ha informado un resultado negativo es la de Ouimette et al. (2001). En esta investigación con pacientes con estrés postraumático y alcoholismo, aquellos que asumieron una identidad de adictos lograron disminuir sus síntomas de estrés significativamente, pero aquellos que no la asumieron aumentaron su sintomatología. No obstante, el mismo Moos (2008) nos recuerda que entre el 7-15% de las intervenciones profesionales en pacientes con dependencias al alcohol u otras drogas pueden empeorar la condición de los pacientes. Adicionalmente, según este mismo autor, varios estudios controlados sobre prevención de abuso de sustancias han mostrado efectos iatrogénicos, incluyendo una percepción más positiva del consumo de sustancias y un aumento del mismo. Destacamos esto puesto que el PEM al ser un abordaje multifamiliar incluye la prevención del consumo en los niños y adolescentes de la familia.

Ahora bien, es necesario decir que a los usuarios/familias del PEM se les pide reconocer un problema no una identidad, por lo se esperaría que los efectos fuesen diferentes a los de Ouimette et al. (2001).

Dibb y Yardley (2006), investigaron la influencia de las comparaciones sociales en la calidad de vida de personas con enfermedad de Ménière<sup>33</sup>. En un estudio longitudinal, encontraron que, en un principio, las comparaciones sociales positivas están asociadas a una mejor calidad de vida y las comparaciones sociales negativas están asociadas al deterioro de ésta. No obstante, en un seguimiento a 10 meses, una mayor cantidad de comparaciones sociales están asociadas a un deterioro en la calidad de vida, independientemente de su valencia. Esto implica que es necesario prestar atención a las comparaciones sociales dentro de los grupos, en particular a las personas que tiendan a realizar muchas. No obstante, este estudio tiene una seria limitación, puesto que se trataba de grupos de mínimo contacto. Entre las 301 personas de la muestra, sólo un 5.4% participó en reuniones grupales con otros miembros y sólo un 11.9% contactó con

---

<sup>33</sup> Una enfermedad crónica que afecta al oído medio.

algún otro miembro de la organización. Por ende, pareciera que el estudio dice más sobre las comparaciones sociales en general que de las generadas en los grupos de autoayuda en particular. Por tanto, es necesario explorar con más profundidad el efecto de éstas en los grupos de autoayuda. En todo caso, los procesos de comparación social en enfermos crónicos han sido bastante estudiados, como puede comprobarse en la muy reciente revisión de Terol, Neipp, Lledó-Boyer, Pons y Bernabé (2012), y en otras investigaciones. (Bennenbroek, Buunk, Van der Zee & Grol, 2002; Brakel, Dijkstra, Buunk & Siero, 2012; Taylor & Lobel, 1989; Van der Zee, Buunk, & Sanderman, 1998).

Por otra parte, Jackson et al. (2009) sugieren que es necesario investigar a quienes abandonan los grupos, para tener una visión completa. Nosotros estamos de acuerdo, puesto que es algo que ya hemos sugerido con anterioridad (J. A. Flores, 2008). Consideramos que es esencial conocer que motivos han generado el abandono de los grupos. El problema es que, como Jackson et al. (2009) reconocen, los profesionales tienden a investigar los grupos en los que ellos intervienen. Más claramente, la investigación en grupos de autoayuda no ha sido en absoluto una prioridad frente a los tratamientos de psicoterapia grupal u otras intervenciones a nivel comunitario. Podría argumentarse que los grupos de autoayuda presentan más objeciones y dificultades a la evaluación, lo que puede ser cierto. No obstante, esto sería adecuado según Nelson, Janzen, Ochocka, y Trainor (2010) quienes afirman que entre las diversas preguntas que se deben abordar antes de evaluar las organizaciones de autoayuda está ¿Cómo será utilizada la información? Desde su punto de vista, no tiene sentido evaluar sólo como investigación básica, para archivar los resultados. Es más, esto puede ser disruptivo. Respetar el contexto en el que se desarrollan los grupos implica que la evaluación tenga algún sentido práctico. Luego, la evaluación no debería constituirse como un hecho aislado, sino como parte de una propuesta.

Podría considerarse que la autogestión de los grupos debería dejar en ellos la responsabilidad de auto-evaluarse, no es menos cierto que esas evaluaciones (de producirse) no tendrían por qué tener una base científico-académica. Aunque, es cierto que podrían contratar evaluadores externos, pero dadas las frecuentes restricciones económicas con que estos grupos se encuentran, no es algo muy probable. Además,

como ya hemos señalado, no tiene sentido priorizar la evaluación del grupo si esto no se enmarca en una estrategia.

Consideramos que existen otros aspectos relevantes relacionados con el optimismo en relación a estos grupos. Primero, debe tenerse cuidado en generar expectativas de “solución inmediata” a los problemas que experimentan los usuarios, puesto que en cualquier grupo de autoayuda esto es un proceso prolongado. Por tanto, sería una falsa expectativa tanto para los profesionales como para los usuarios el asumir que el ingreso en los grupos de autoayuda producirá resultados inmediatos, en el sentido de una recuperación rápida. Segundo, particularmente en los grupos relacionados con el consumo de sustancias, es necesario ser prudente a la hora de considerar los cambios que los usuarios refieren en el corto plazo, ya que cuando algunos usuarios o familias experimentan los primeros cambios al poco tiempo de ingresar en el grupo, muchas veces consideran que eso es suficiente y abandonan. Luego es necesario insistir en el largo plazo del tratamiento.

Tercero, y relacionado con el punto anterior, parte de la dinámica que han tenido estos usuarios en sus vidas es la manipulación y a veces los usuarios índice pueden construir un discurso de que “todo está bien ahora” y su vida “ha cambiado espectacularmente” cuando llevan un muy breve tiempo de participación, lo que en realidad es una excusa para abandonar el grupo o encubrir que continúan consumiendo. Esa es una de las razones por las que consideramos indispensable incluir la consulta a los familiares antes que asumir el autoinforme de resultados de estos usuarios, que puede ser muy favorable pero no coincidir con la realidad. Además, las pruebas médicas brindarían una mayor objetividad para poder sortear esta dificultad propia de estos usuarios índice.

## **2. Difusión científica y actitudes de los profesionales.**

Las críticas a los grupos de autoayuda han sido respondidas en su mayoría hace varias décadas por Katz (1979). La crítica más importante, sobre la falta de evidencia sobre su efectividad, hoy en día es insostenible. Aunque se deba seguir investigando, ya existen numerosos estudios controlados que demuestran la efectividad de estos grupos. Luego, es importante preguntarse por qué su utilización no se ha expandido más. La respuesta a



esta pregunta requiere, al menos, abordar dos aspectos: la difusión científica y los sistemas de creencias de los profesionales. Comenzaremos analizando éste último.

Es innegable que los sistemas de creencias de los profesionales afectan a la manera en que ellos consideran que se debe abordar los problemas de salud (Chinman, Kloos, O'Connell, & Davidson, 2002; Day, Gaston, Furlong, Murali & Copello, 2005; Salzer et al, 2001). Luego, a pesar de que exista evidencia científica sobre su eficacia, parece ser que el proceso de aceptarla e incorporarla es especialmente difícil en el caso de los grupos de autoayuda, y lo es más si cabe en los grupos dedicados a las dependencias al alcohol y otras drogas. Incluso si las preocupaciones de los profesionales respecto a estos grupos han sido consideradas como sin base real por Lieberman (1998) y otros autores (Humphreys, 2004).

Silverman (2011) señala que los profesionales deberían estar dispuestos a aprender de sus pacientes para poder ayudarles mejor. Luego esa humildad para aprender no implica una pérdida de poder sino un aumento de éste, en términos de poder ayudar más. Con todo, es necesario aceptar que la objetividad relativa de los profesionales puede ser un impedimento para establecer relaciones de colaboración con las organizaciones de autoayuda.

La difusión del conocimiento científico está desde luego ligada al sistema de creencias de los profesionales. No obstante, no se limita a éste. Por ejemplo, Miller, Sorensen, Selzer y Brigham (2006) afirman que “la atención médica a menudo falla en proporcionar un tratamiento que sea consistente con el conocimiento actual de la investigación” (p. 25) y esto es aun más claro en el caso del tratamiento de las adicciones. Estos autores consideran que los déficit y dificultades en la difusión de los tratamientos efectivos en adicciones pueden superarse si se pasa de manuales informativos a la capacitación en prácticas concretas. Lash, Timko, Curran, McKay y Burden (2011) también consideran que la implementación de la evidencia sobre la continuidad del tratamiento de las adicciones (que incluye los grupos de autoayuda) ha sido difícil y debe abordarse con especial atención. En este sentido, nosotros consideramos que el papel que las universidades deberían jugar en la difusión precisa y actualizada del conocimiento científico es esencial. Más allá de la formación inicial, es necesaria una comunicación fluida entre el mundo académico y el sistema de salud.

Desde luego es una responsabilidad de los profesionales de salud mantener actualizados sus conocimientos, pero dadas sus limitaciones de tiempo, es también importante que se busquen estrategias para facilitar su acceso a la evidencia científica, especialmente en salud pública. Un aspecto destacado por Humphreys, Wagner y Gage (2011), tras analizar las razones de por qué los centros de salud no incorporan los tratamientos efectivos en adicciones, es que los directivos de salud analizan los costos parcialmente, por lo que a pesar de ser conscientes de que implantar un tratamiento efectivo pueda ahorrar significativos costes en otras áreas (tasas de criminalidad, accidentes de tránsito, etc.), mientras eso no les genere un ahorro directo no se deciden a introducir cambios en sus políticas de salud. Luego, es necesario promover una visión sistémica para generar mayores beneficios a la sociedad.

### **3. ¿Quién define la participación?**

Es preciso tener cuidado con definir quiénes participan y quién define quiénes participan. Esto no es un juego de palabras. Aunque una intervención desde cero (sin ninguna base previa), pueda ser considerada el *súmmum* de la participación, esto puede no ser así; especialmente si por proponer una nueva intervención estamos desconociendo, y en consecuencia desvalorizando, las iniciativas que ya están presentes en la comunidad. ¿Debe sentirse agradecida la comunidad por que desconozcamos lo que ya están haciendo? Más allá de los diferentes grupos que pueden estar presentes en la comunidad, deslegitimar el trabajo que viene realizando una parte de la comunidad puede ser algo bastante disruptivo. Luego, promover el empoderamiento parece cómodo para los profesionales cuando las personas ganan control sobre sus vidas de la manera en que nosotros lo definimos, en vez de la manera en que ellas mismas estiman conveniente.

No nos parece que siempre sea necesaria una búsqueda desde cero para que las intervenciones sean consideradas participativas, sino que esto es más bien ingenuo. Además, es hora de dejar de pensar que cada vez que hay un problema social hay que “descubrir el Mediterráneo”, cuando muchas veces una estrategia que resulta en un lugar específico, puede ser aplicable a otros lugares, en particular en problemas de salud. Entonces, debería considerarse primero si una oferta tiene sentido para las

personas a las que va dirigida, antes que buscar nuevas ofertas de solución construidas desde cero. La participación es algo que no se puede producir de manera forzada.

Maturana (Maturana & Varela, 1984), desde una perspectiva sistémica, afirma que los seres humanos somos sistemas organizados autopoieticamente<sup>34</sup>, que funcionamos con clausura operacional, es decir, no aceptamos relaciones instructivas. Por tanto, no aprendemos a través de la instrucción, sino que a través del acoplamiento estructural<sup>35</sup> con el medio y de acuerdo a lo que nuestra estructura nos permite. Los estímulos externos actúan más bien como perturbaciones, pero que se genere o no el cambio va a depender de la organización de significados que tenga el propio sujeto. Este elemento es particularmente interesante en tanto nos permite observar que los usuarios siempre son sujetos activos. Es decir, las personas siempre están eligiendo la manera en que actúan. No es que nosotros como interventores (profesionales o no) les demos la posibilidad de hacerlo. Si fuese así, las perspectivas directivas de intervención hubiesen tenido un éxito aplastante. Es una ilusión creer que nosotros les damos la posibilidad de elegir. Por tanto, la oferta de un programa pre-establecido como el PEM, puede ser una perturbación efectiva en el sistema de las personas, que los lleve a participar. Lo que si es preciso es que los usuarios del programa tengan espacios de decisión importantes.

Lo que hace el PEM es generar una oferta ante un problema, que es el estilo de vida familiar que lleva al consumo de alcohol u otras drogas. Esta oferta tiene sentido para buena parte de los miembros de la comunidad que presentan problemas asociados al consumo de alcohol u otras drogas, por eso los grupos de autoayuda multifamiliares pueden crecer y mantenerse más de una década, a pesar de la resistencia de los modelos oficiales y de la mayor parte de los profesionales. Aun así, puede argumentarse que la oferta no fue originalmente idea de los usuarios. Para comprender que esto no es lo único relevante para ser considerado participativo, es preciso analizar brevemente el ejemplo de AA, que posee una ideología bien definida, y una oferta de solución bien delimitada.

AA surge en Akron a partir de dos creadores, que eran alcohólicos; luego se transforma en un grupo, dando paso a un segundo y tercer grupo y se va multiplicando. Esta oferta

---

<sup>34</sup> Autopoiesis: los sistemas generan sus propios elementos.

<sup>35</sup> Acoplamiento estructural: historia de cambios estructurales recíprocos entre la persona y su medio.

también tiene sentido para muchas personas dependientes, si bien es válido preguntarse hasta donde el problema es definido por los usuarios, y cuando se transforma en una oferta preestablecida para un problema; y que crece no porque cada vez se re-defina el problema, sino porque la definición hecha originalmente en Akron tiene sentido para un número importante de personas. Evidentemente cuando se expande más allá de la ciudad su modelo queda bastante establecido y hoy en día cuenta con numerosos manuales y material de apoyo para su funcionamiento ¿Deja entonces de ser participativo? A este respecto cabe señalar que Mankowski, Humphreys y Moos (2001) han encontrado que la compatibilidad entre el sistema de creencias del usuario y el sistema de creencias base del grupo de autoayuda tiene un alto valor predictivo para la implicación en estos grupos. Por ende, consideramos que el sistema de creencias del Programa Ecológico Multifamiliar tiene que haber tenido algún sentido para los participantes que se han involucrado en éste.

Si se observan ambos movimientos se puede ver que la única diferencia, en cuanto a su origen, es que en el Programa Ecológico Multifamiliar existieron profesionales que en un principio definieron un conjunto de estrategias para enfrentar el problema, a partir de su experiencia clínica, y que dejaban la mayor parte de la responsabilidad en los usuarios para auto-gestionar su mantenimiento y puesta en marcha en el territorio, dejándose luego a los profesionales fuera del PEM. Cuando este programa se implementa en Chile se adapta a su realidad conjuntamente con los usuarios (ellos así también lo expresan en su discurso), y son éstos los que permiten que el PEM crezca, porque tiene sentido para ellos. El PEM no sería posible de ninguna manera sin que una parte de los mismos usuarios con el tiempo se transformasen en voluntarios. En particular, porque este programa tiene la limitación mencionada por Zulueta (2003) de ser muy poco atractivo para captar voluntarios que no estén relacionados en alguna medida con el problema.

#### **4. Integración entre teoría y práctica**

Katz (1979) destacó que la mayoría de las críticas a los grupos de autoayuda están realizadas desde un nivel teórico, sin un contacto real con los grupos de autoayuda, lo que desde su inicio cuestiona su validez. Este mismo argumento es utilizado por Laudet (2003). Nos parece que esto no ha cambiado tanto como sería conveniente para el progreso de la investigación y de la práctica.

Insistimos nuevamente sobre la necesidad de prestar atención a las prácticas. Evidentemente un examen cuidadoso de la teoría puede prevenir errores, pero no se puede limitar el análisis a ese nivel. De hecho, una intervención podría ser teóricamente buena, pero no funcionar en la práctica. Lo contrario también es posible, es decir, que teóricamente no parezca ser sólida pero en la práctica si lo sea. Además, una teoría puede ser implementada de manera inadecuada y producir efectos totalmente distintos a los esperables. En este sentido incluso la investigación acción participativa ha recibido críticas por la forma en que se ha implementado (Zuñiga, 2004; Laperrière & Zuñiga, 2006).

Brickman et al. (1982) proponen una clasificación de los modelos de ayuda y afrontamiento, basándose en dos criterios: 1) responsabilidad en la causa del problema. 2) responsabilidad en la solución. Estos autores consideran que AA estaría dentro del modelo de *iluminación* (alta responsabilidad en la causa, baja responsabilidad en la solución) puesto que buscan ayuda en un ser superior y en una comunidad espiritual. Este modelo de *iluminación* debería generar una baja competencia en las personas. Aunque teóricamente la propuesta de Brickman et al. (1982) es interesante, podemos encontrar varios reparos en la práctica, que permiten cuestionarla. Primero, los usuarios de AA no se sientan pasivamente a esperar la ayuda, sino que participan activamente en conseguirla, asistiendo a las reuniones semanales de AA y participando de otras actividades. Segundo, los participantes deben proporcionar ayuda a otros miembros del grupo, luego nuevamente tienen un rol activo. Tercero, aunque los participantes parezcan delegar la solución en un poder superior, en la práctica buscan la ayuda de sus compañeros de grupo y se esfuerzan *en conjunto* con ellos<sup>36</sup>. Cuarto, el nivel de expansión de estos grupos y el cambio que ha generado en las vidas de millones de personas parece un indicio de que sus participantes han ganado control o poder sobre sus vidas, puesto que además así lo refieren los propios usuarios en las investigaciones (Humphreys, 2000; J. M. Sanders, 2006; Yeh, Che, Lee, Horng, 2008; Yeh, Che, & Wu, 2009). Luego, se han empoderado o se han vuelto más competentes, lo que no sería esperable si nos ciñésemos a lo que se espera del modelo de *iluminación*. Quinto, es

---

<sup>36</sup> Aunque Brickman et al. (1982) sugieren que AA pueda ser considerado como una secta, ya hemos mencionado que Herrero (2004) realiza un excelente análisis de por que eso sería totalmente inadecuado.

reseñable que la acción conjunta con otros tiene indudablemente mayores posibilidades de generar un cambio social que las acciones individuales.

Por otra parte, el modelo *moral* (alta responsabilidad en el surgimiento del problema y en la solución) es individualista, lo que se evidencia en que la patología<sup>37</sup> que los autores le asignan es la soledad. Este modelo moral debería producir una mayor competencia en las personas, pero puesto que es individualista, es claro que esa competencia no puede compararse con el empoderamiento que se puede generar al trabajar en conjunto con otros. A pesar de que AA no busca explícitamente el cambio social, en la práctica su difusión ha generado un cambio innegable al proporcionar una red internacional de cobertura informal, pero sostenida en el tiempo. De hecho, AA ha sido fuente para un número importante de otros grupos de autoayuda que sí han buscado explícitamente el cambio social.

El ejemplo anterior nos permite vislumbrar que es necesario prestar atención a la práctica. Lo que los usuarios de AA dicen que hacen es confiar en un poder superior para recibir ayuda, lo que hacen en la práctica es esforzarse activamente en conjunto con otros. De hecho, en ninguno de los doce pasos se menciona explícitamente que haya que reunirse con otros en grupo, por lo que teóricamente nada impide aplicar los doce pasos individualmente. Ahora bien, esta discrepancia no es sorprendente porque lo que se buscaba en el momento en que AA surgió era ayuda concreta, no una teoría “elegante”. Por tanto, lo decisivo para su sobrevivencia inmediata como iniciativa, era que su práctica tuviese sentido para sus primeros miembros. La comprensión en profundidad de qué elementos teóricos podrían explicar el éxito de AA ha sido muy posterior (Borkman, 2008). Una síntesis bastante clara que recoge la complejidad de la propuesta de AA, y otros grupos de autoayuda, es la de Borkman, (2007), “sólo tú puedes hacerlo, pero tú no puedes hacerlo solo” (p. 211). Uno de los aspectos que ésta frase destaca es lo absurdo de suponer que al buscar ayuda en un grupo las personas dejen de lado su propia responsabilidad en el cambio. Asimismo, que cuando las capacidades propias no son suficientes, el sumarlas a un esfuerzo común con otros permite conseguir metas complejas.

---

<sup>37</sup> La patología es en cada modelo el riesgo que se corre si se extrema la postura en ese modelo.

Por otra parte, el primero de los doce pasos, "Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol; que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables" (AA, 2003, p. 15), no hace referencia a ningún poder superior, simplemente constata un hecho. Este primer paso ha sido criticado por considerar que admitir impotencia para resolver un problema asigne un rol pasivo a los individuos, como hacen Brickman et al. (1982) en su modelo. No obstante, ésta nos parece una crítica parcialmente superficial. En un sentido lógico, para ganar control o poder, primero hay que admitir que no se lo tiene. ¿Cómo sería posible hacerse más competente si no se admite un nivel de incompetencia en el momento presente? En relación con el empoderamiento es bastante claro que personas o comunidades pueden ganar poder a partir de una base bastante deficiente, aunque esto implique un trabajo de varios años. Luego admitir impotencia para manejar un problema en el presente no quiere decir en ningún caso que esa se mantenga a lo largo de todo el proceso de recuperación. Ahora bien, y en esto sí es una crítica que nos parece razonable, en AA esa impotencia ante el alcohol se entiende como una condición permanente. No obstante, esa condición de impotencia es inseparable de la concepción del alcoholismo como enfermedad crónica. Luego esta crítica sería extensible a cualquier otro abordaje que considere la adicción como una enfermedad, incluyendo el sistema de salud tradicional. Incluso sería posible considerar el proceso de medicalización de varios problemas sociales y sus consecuencias sobre la sociedad.

En cualquier caso, el PEM sería difícil de clasificar en el esquema de Brickman et al. (1982), puesto que aunque se pueda considerar a primera vista dentro del modelo *moral*, el individualismo de éste no permitiría clasificar al PEM en esa categoría. Hemos señalado que en el PEM cada miembro de la familia es responsable de su propio cambio personal y a través de éste se puede producir un cambio del estilo de vida familiar, tal y como esa familia lo ha generado en su historia de vida. El cambio personal no es un cambio exclusivamente interno (p.e. autoestima), sino que implica cambiar la forma en que esa persona decide relacionarse y esto cambia la situación total en su familia (y más allá de ésta). Entonces la familia en su conjunto tiene una alta responsabilidad en el surgimiento del problema y también en la solución. No obstante, el estilo de vida está determinado por la sociedad y la cultura, puesto que a partir de ellas se reproducen los patrones relacionales en las familias. La presión por consumir sustancias y el considerar que ésta es una manera imprescindible de divertirse son ejemplos de ello. Luego la sociedad en su conjunto tiene una gran responsabilidad en el surgimiento del problema.

El que una familia logre liberarse de un estilo de vida perjudicial, no implica que ese estilo de vida no siga reproduciéndose en el resto de las familias. Por tanto, la sociedad tiene también una alta responsabilidad en la solución del problema en un sentido amplio. Luego, el cuestionamiento cultural es imprescindible.

En consecuencia la dicotomía interno/externo, implícita en el esquema de estos autores, es inadecuada para analizar problemas que se comparten en diversos niveles de inclusión social. De todas formas, es bastante claro que la propuesta de Brickman et al. (1982) prioriza la comprensión individual frente a la comunitaria, lo que la hace inadecuada para problemas que requieren una comprensión sistémica.

Prestar atención a la acción del PEM es relevante, porque declarar que se procura el cambio cultural no es lo mismo que generarlo. Luego, primero hay que observar si las actividades destinadas a ese cambio se realizan (lo que incluye las actividades de difusión) y posteriormente observar si el efecto en el largo plazo es realmente el cambio cultural. Desde luego, el mismo análisis debe aplicarse primero a nivel de cambio en el estilo de vida de las familias. La implementación no debe quedar a nivel de nomenclatura, por tanto, que un grupo se denomine multifamiliar no hace automáticamente que funcione como tal. Luego no es posible valorar un grupo o programa si no está bien implementado.

Esto nos lleva a destacar la diferencia entre el modelo base de cualquier grupo de autoayuda y su implementación. En parte por ello, hemos procurado trabajar sobre el modelo de acción previamente, puesto que lo importante no es como “se supone” que un grupo o programa funciona, sino como funciona en la práctica. Incluso aunque numerosas experiencias demuestran lo contrario, es cierto que los grupos de autoayuda podrían pretender utilizarse para disminuir la responsabilidad de los profesionales y del sistema público, pero en este caso no serían auténticos grupos de autoayuda.

En nuestra experiencia personal de colaboración con el PEM, hemos visto las dificultades que pueden surgir. Ya hemos mencionado algunas al abordar la crítica del optimismo en torno a los grupos de autoayuda en general, pero podemos mencionar otras. Primero, algunos miembros, generan una actitud de confrontación con los profesionales; aunque sean una franca minoría, es necesario preguntarse si éste puede



ser un efecto no deseado del empoderamiento. Segundo, algunos coordinadores (muy pocos pero existen), han asumido roles altamente directivos en sus grupos, contrariamente a los principios del PEM, lo que a veces ha dificultado el trabajo en red del programa. Tercero, la coordinación de los diferentes grupos, especialmente entre diferentes regiones, es difícil. Cuarto, la implementación de todos los segmentos del PEM no es homogénea debido a la diferencia de recursos que se logran gestionar en cada localidad. Quinto, es necesario que se revise el material de lectura, puesto que como acertadamente señalan Walfish y Pinholster (2008) la claridad es decisiva para que sea útil a los usuarios. Entonces consideramos que debe mejorarse la comprensibilidad del material actual del PEM, tanto en su contenido como en su formato.

Por otra parte, podríamos decir que los grupos de autoayuda en general comparten las limitaciones que puedan tener otras formas de apoyo social y éste no siempre tiene un efecto favorable sobre la sociedad en general.

Los grupos de autoayuda no son ni deben ser considerados una panacea, ni deben aislarse de otras formas de ayuda que pueden beneficiar a los usuarios. Ahora bien, como señalan McWhirter (1994, 1997) es importante que los profesionales dejen de considerar a los usuarios como seres “frágiles”, porque ellos se las han arreglado para llegar al momento presente con sus propios medios. Pensar en los usuarios con una fragilidad tan extrema que puedan sentirse obligados a asistir a un grupo de autoayuda o que puedan descompensarse por asistir, es exagerar. De hecho, no debiera ser necesario que los usuarios consultaran un profesional antes de asistir al grupo, ya que paralelamente al proceso de asistir a los grupos pueden solicitar cita con un profesional y además, si no se sienten bien estando en el grupo simplemente no van a continuar participando en las sesiones futuras. Respetar el derecho a estar informados de todas las posibilidades de ayuda y la libertad de elegir de los usuarios es vital.

Mankowski et al. (2001) encontraron que cuando los profesionales de la salud recomendaban directamente la participación en éste tipo de grupos, sólo un 56% de las personas lo hizo, aunque la participación indirecta fue mayor. No obstante, esto reafirma que las personas se sienten libres de elegir si asisten o no. Por otra parte, la cantidad de personas que declara considerar útil asistir a los grupos de autoayuda es el

doble de quienes realmente participan, lo que implica que con un poco de motivación por parte de los profesionales estas personas podrían animarse a participar de dichos grupos (Hellerich, 2001).

Finalmente consideramos importante insistir en las posibilidades de colaboración entre profesionales y organizaciones de autoayuda. Ambas partes pueden aportar una a la otra. En todo caso, es importante remarcar algunos aspectos que se han prestado a confusión y que requieren ser abordados por ello. Los grupos de autoayuda surgen antes que el concepto de apoyo social, antes que la psicología, y no han necesitado ni necesitan la participación de profesionales para iniciarse, crecer y desarrollarse. Es totalmente distinto decir que los profesionales pueden aportar a su funcionamiento, y en eso estamos de acuerdo, estableciendo relaciones de colaboración favorables, porque esto potencia el funcionamiento de ambos sectores (usuarios y profesionales). No obstante, hay que respetar y reconocer primero sus orígenes históricos independientes.



## **PARTE IV:**

### **Clima y cohesión social.**



## **VIII. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE CLIMA SOCIAL Y COHESIÓN.**

Con el propósito esclarecer la base teórica para generar instrumentos de evaluación adecuados para los grupos de autoayuda del PEM, es necesario revisar los conceptos de clima social y cohesión. No obstante, es importante señalar que ambos conceptos pueden confundirse o mezclarse, como de hecho ha ocurrido.

La atención prestada a estos conceptos es notablemente diferente. De hecho, en los manuales de psicología de grupos es casi imposible encontrar un apartado destinado a clima social (Gil & Alcover, 1999; González, 1999; Huici, Molero, Gómez & Morales, 2011; Sánchez, 2010). Tangencialmente Marín y Garrido (2011) lo consideran muy brevemente al hablar de instrumentos de medición. El concepto de clima no aparece en escena propiamente hasta que se incluye la palabra “organizaciones” (e.g., Zarco & Rodríguez, 2008). No obstante, los mismos autores que hablan de cohesión a nivel de grupo, pueden abordar el clima cuando se habla del nivel organizacional, como Gil y Alcover (2003). Esta división es llamativa en tanto que ambos conceptos pueden aplicarse a distintos niveles de agregación social, como se revisará.

Por otra parte, estos conceptos permiten observar el conocido problema de utilizar términos diferentes para hablar básicamente de lo mismo. Aunque procuraremos diferenciar los matices, es necesario admitir que a veces cohesión y clima han sido utilizados como equivalentes, especialmente en psicoterapia de grupo (McClendon & Burlingame, 2011).

Nuestros instrumentos se derivarán en mayor medida de la evaluación cualitativa realizada por los propios usuarios del programa, donde identificaron los aspectos relevantes del mismo, favorables y desfavorables, expresando los aspectos claves que es necesario mantener del PEM, así como los obstáculos que experimentan y los cambios que podrían optimizar su funcionamiento. No obstante, es preciso considerar los instrumentos que más cercanamente se relacionan con la medición del clima social o cohesión en los grupos de autoayuda, los conceptos que los sustentan, así como las metodologías que han sido utilizadas para abordarlos.

## **IX. CLIMA SOCIAL.**

### **1. Clima y cultura organizacional.**

Es necesario diferenciar entre cultura y clima organizacional, puesto que ambos conceptos son cercanos y han sido confundidos con bastante frecuencia (Schein, 2000; B. Schneider, Bowen, Ehrhart, & Holcombe, 2000; B. Schneider et al., 2011). Aunque pueda afirmarse que clima es una manera superficial de entender la cultura organizacional (Alcover, 2003; Bretones & Mañas, 2008; Gala & Guillén, 2010; Furnham, 2001), sin embargo, una forma de comenzar a diferenciarlos es comprender que han sido resultado de tradiciones distintas, el *clima* vinculado a la psicología y la *cultura* vinculado a la antropología, participando la sociología de ambas (Alcover, 2003; Gómez, Sánchez & Alonso, 2005; Furnham, 2001). Una excelente revisión de las diferencias puede encontrarse en Ashkanasy, Wilderom y Peterson (2000), Alcover (2003) y en Furnham (2001). Una diferencia básica entre ambos conceptos es que el clima se considera generalmente como instantáneo y fruto del consenso de percepciones de los sujetos, en tanto que la cultura es necesariamente histórica y apunta a descubrir los valores y significados subyacentes. Aunque originalmente la metodología los diferenciaba, al considerarla cuantitativa y cualitativa respectivamente, ésta diferencia se ha ido difuminando (Denison, 1996; Gómez, Sánchez & Alonso, 2005, Furnham, 2001, B. Schneider et al., 2000; Alcover, 2003; Bretones & Mañas, 2008). Lo importante es que pese a ser conceptos cercanos, la diferenciación entre ambos sigue resultando útil, como lo reflejan recientes investigaciones (Aarons, Sommerfeld & Willging, 2011; Aarons & Sawitzky, 2006; McMurray 2003; Yahyagil, 2004).

El estudio del clima organizacional está ligado al trabajo pionero de Kurt Lewin y sus colaboradores durante la década de los treinta sobre los climas sociales (Lewin, Lippitt & White, 1939). En concreto su interés por los estilos de liderazgo. Lewin introduce el concepto de “clima” como un vínculo entre la persona y su ambiente. Según sean las conductas de los líderes (democrático, autocrático, laissez faire) el grupo se comportará de forma distinta, generándose distintos ambientes (Blanco, Caballero & de la Corte, 2005; B. Schneider et al., 2000; B. Schneider et al., 2011; Silva Vázquez, 1992, 1996; Furnham, 2001). Esta noción de clima es criticable al enfatizar al líder sobre el resto de los miembros de un grupo.

No es hasta mediados de los cincuenta y comienzos de los sesenta cuando el concepto comienza a ser utilizado frecuentemente en investigación. Usualmente se considera que la publicación Halpin y Croft (1963) sobre organizaciones escolares, es el primer estudio del sobre climas en las organizaciones, sobre todo por la cantidad de estudios y revisiones que desencadena. Estos autores pioneros en el estudio del clima, presentan la organización como poseedora de una “personalidad” propia (Alcover, 2003; Furnham, 2001; Silva Vázquez, 1992, 1996).

Probablemente pueda considerarse a Rensis Likert como el principal heredero de la obra de Lewin, en lo que respecta al clima social. A diferencia de éste, Likert estaba interesado no en el aspecto experimental, sino en cómo captar de la forma más adecuada el clima particular de cada organización, con la finalidad de trabajar con los directivos en la mejora de éste, potenciando la organización. Las aportaciones fundamentales de Likert fueron su conocida escala para medir actitudes y su propuesta de liderazgo eficaz basado en cuatro estilos diferentes (Likert, 1961; B. Schneider et al., 2000).

## **2. Definición de clima organizacional**

Éste es un concepto esquivo y difuso, con múltiples definiciones y dificultades para ser abordado (Denison, 1996; Parker et al., 2003; Gómez, Sánchez & Alonso, 2005; B. Schneider et al., 2011; Thumin & Thumin, 2011).

Según Peiró (1991) el *clima organizacional* puede ser considerado en un continuo con dos extremos, de acuerdo a su grado de realidad objetiva-subjetiva. Por una parte estarían las definiciones que presenta el clima enfatizando los factores organizacionales, considerándolo como algo exterior y más objetivo, e incluyendo una amplia gama de variables organizacionales. Por otro lado, estarían aquellas definiciones que ponen de relieve la visión subjetiva del mismo, enfatizando lo individual.

De acuerdo a esta clasificación, Bretones y Mañas (2008) sitúan en el primer polo el concepto de clima de Argyris (1957), que lo considera como cultura organizacional. Esto conlleva su identificación con el concepto de cultura. Perrow (1961) también estaría dentro esta línea, puesto que utiliza conceptos como prestigio organizacional, refiriéndose particularmente a la imagen externa, en detrimento de la imagen que tiene



los propios miembros. La definición de Halpin y Croft (1963) también caería dentro de este primer grupo, puesto que como se ha dicho anteriormente, consideraban útil hablar de personalidad en las organizaciones.

Otra definición que podría situarse en este grupo es la propuesta por Tagiuri (1968):

“una cualidad relativamente estable del ambiente interno de una organización que a) es experimentada por sus miembros, b) influye en su comportamiento y c) puede ser descrita en términos de los valores de un conjunto particular de características (o actitudes) de la organización” (1968, p.27)

La definición de Moos y colaboradores también se enmarca en la línea del objetivismo. Sin embargo, optaremos por mencionarla más adelante al describir su instrumento para medir éste constructo, puesto que por su importancia para éste trabajo requiere especial atención.

En el polo subjetivo, se encontrarían aquellas definiciones que enfatizan las percepciones que el individuo tiene de toda la organización. En este sentido L. R. James y Jones (1974) destacan el papel de las representaciones sociales cognitivas. También podría situarse a Porter, Lawyer y Hackman (1975) y a Evans (1976). No obstante, éste último considera la percepción no sólo de los que están dentro de la organización, sino también de los externos a ella.

B. Schneider y Reichers (1983) plantean una tercera forma de comprender el clima: la perspectiva interaccionista. Basándose en el trabajo de Mead (1934) sobre el interaccionismo simbólico, estos autores proponen abordar la relación entre el clima y las personas de la siguiente manera:

“Así como los empleados recién llegados están siendo influenciados, cambiando la definición de si mismos y sus percepciones sociales del contexto, ellos también contribuyen a los significados que surgen en ese contexto. De esta manera, el individuo y el entorno se determinan mutuamente y no son, estrictamente hablando, diferenciabiles” (B. Schneider & Reichers 1983, p. 32).

Esta concepción es particularmente interesante para nosotros, puesto que reconoce la interacción mutua del individuo y su entorno. Lamentablemente ha recibido escasa atención. En parte, probablemente porque no se traduce en instrumentos metodológicos nuevos, sino que los autores plantean que puede ser abordada mediante la combinación de observadores externos y entrevistas a los participantes. En todo caso, B. Schneider y Reichers (1983) abogan por una concepción integrada de ésta última propuesta con las ya existentes.

Nosotros desarrollaremos una definición de clima sobre la base de los conceptos de Lewin (1951/1988) como se explicará más adelante (apartado XV). Sin embargo compartimos el interés por abordar la relación entre las personas y su ambiente.

Actualmente se acepta habitualmente considerar el clima organizacional como las percepciones compartidas por los miembros de una organización (Ostroff, Kinicki & Tamkins, 2003; B. Schneider et al., 2011). Aunque de manera más precisa, se puede decir que el clima está conformado por las percepciones compartidas acerca de las políticas, las prácticas y los procedimientos, tanto formales como informales, de la organización; constituyéndose en un concepto molar indicativo de las metas organizacionales y de los medios apropiados para alcanzarlas (Reichers & Schneider, 1990; Ostroff et al., 2003).

### **3. Modelos de Clima Organizacional.**

Se han propuesto diversos modelos de clima organizacional, entre los que cabe citar los de Payne y Pugh (1976), Kopelman, Brief y Guzzo (1990), Quinn y Rohrbaugh (1981). Una buena revisión de modelos puede encontrarse en Bretones y Mañas (2008), Peiró (1991) y Furnham (2001).

Parker et al. (2003) realizaron una revisión y meta-análisis de 121 investigaciones. Su objetivo era revisar las investigaciones que relacionan rendimiento laboral y clima psicológico. Para ello descartan las definiciones centradas en clima organizacional, por considerar que el nivel de análisis debe corresponder con el nivel de medición. Esto es, que si las respuestas que se obtienen de los sujetos son individuales, el análisis debe hacerse a nivel individual y no organizacional. Más adelante se profundizará en este

problema. Sin embargo, la elección que hacen estos autores del modelo de L. A. James y James (1989) más allá de su interés conceptual, nos sirve para ilustrar un problema común: el trabajo de equipo se considera como un componente más del clima organizacional. Se quiere destacar éste punto porque aunque deba considerarse como un componente del nivel general, es necesario considerar al equipo de trabajo en una medición independiente del clima organizacional, como teniendo su propio clima o micro-clima. Por ello, si simultáneamente se pregunta sobre grupo y organización no se obtendría una medición igual que si se pregunta por separado. Aunque este modelo se refiere a grupos de trabajo, consideramos que es una idea bastante aplicable *mutatis mutandi* a grupos de autoayuda, que están insertos dentro de una organización de autoayuda. Esta conclusión es apoyada por los resultados de la investigación de Zohar y Luria (2005) quienes encuentran que dentro de una misma organización el clima puede variar de manera significativa entre diferentes grupos de trabajo.

#### **4. Tipos de clima organizacional.**

Evidentemente las definiciones anteriores chocan con la limitación de la forma de medición. Al considerarse que son “percepciones compartidas”, la evaluación individual, que habitualmente se ha empleado, no recoge apropiadamente su esencia. Particularmente porque se puede considerar que para que exista un determinado *clima* es necesario que las percepciones tengan algún grado de acuerdo entre ellas, para poder hablar de *clima organizacional* en algún nivel (grupo, departamento, organización). Esto ha dado lugar a que Rousseau (1988) diferencie entre:

- *Clima psicológico*: se entiende como las percepciones individuales de las características o del contexto del cual las personas forman parte. La medición de éste es individual. Diversos factores dan forma a las percepciones individuales, incluidos los estilos de pensamiento individual, la personalidad y los procesos cognitivos. Estas percepciones no necesitan coincidir con las de otras personas.
- *Clima agregado*: considerando que no puede entenderse la existencia de un *clima* sin el acuerdo entre los miembros que lo generan, se considera que el clima agregado es el resultado de promediar las percepciones individuales de los miembros de alguna forma jerárquica. De manera que quienes pertenecen a un mismo grupo, departamento u organización, acerca del cual existe algún grado

de acuerdo o consenso, se consideren en conjunto. Aunque no es fácil establecer cuando se pueden agregar las puntuaciones individuales con algún nivel de garantía.

- *Clima colectivo*: es cuando se procura la identificación de grupos que presentan similares percepciones del ambiente, tomando el conjunto de las percepciones y combinándolas en conglomerados o clústeres.
- *Clima organizacional*: éste es el nivel más amplio dentro de la organización. A este nivel se pretende llegar mediante la agregación de los niveles anteriores. De esta manera, la decisión sobre como agregar los grupos es fundamental.

Respecto al desarrollo de constructos sofisticados que puedan dar cuenta del clima a distintos niveles, la propuesta de D. Chan (1998) sobre “fuerza del clima” ha ido ganando apoyo entre los investigadores (González-Romá, 2011; González-Romá, Peiró & Tordera, 2002; Luria, 2008; B. Schneider, Salvaggio & Subirats, 2002). Básicamente propone que para agregar desde los niveles inferiores a los superiores o más amplios, hay que respetar ciertas condiciones estadísticas. La fuerza del clima estaría definida por una menor variabilidad dentro de los grupos o unidades de trabajo más básicas. Aunque recientemente, según González-Romá (2011) más que una dicotomía entre presencia o ausencia de fuerza del clima, se considera como un continuo.

Como se explicará más adelante, el presente trabajo no considera suficiente refugiarse en sofisticaciones estadísticas para agregar las puntuaciones individuales, sino que pretende ofrecer un sistema de evaluación innovador que combine las puntuaciones individuales y el consenso grupal. Especialmente porque la intención al desarrollar este instrumento es conocer el *clima* a nivel grupal, más allá de las percepciones individuales.

B. Schneider (1975), tras una revisión de la literatura tradicional, señaló que era absurdo abordar el clima de una manera demasiado amplia y ambigua, en especial cuando en una misma organización coexistirían varios tipos de clima. Por tanto, propuso que más que definir un clima general, sería más útil definir un clima para algo, esto es, orientados estratégicamente y que tengan un referente específico. Posteriormente, numerosas investigaciones han mostrado lo acertado de este argumento, puesto que siempre existe un aspecto específico en el que tanto la organización como los investigadores quieren focalizarse al menos implícitamente, incluso cuando se supone

que se está estudiando el clima organizacional global (Reichers & Schneider, 1990; B. Schneider et al., 2000).

El argumento anterior ofrece la justificación necesaria para que se aplique una perspectiva estratégica en el estudio del clima, puesto que el enfoque estratégico de la organización debería definir el clima que se privilegia. Esto no niega la existencia de un clima general, sino que permite centrarse en algún aspecto concreto, tales como la seguridad (Rudmo; 2000; Zohar, 1980; Zohar & Luria, 2005), el aprendizaje (Hetland, Skogstad, Hetland & Mikkelsen, 2011), la innovación (Mathisen, Torsheim & Einarsen 2006), el clima emocional (I. García, Danet & March, 2010; March, Danet, Romero & Prieto, 2010), la confianza (McKnight & Webster, 2001) o el servicio (B. Schneider, White & Paul, 1998), entre otros, puesto que un clima general puede ser demasiado inespecífico. Por ejemplo, cuando el foco del clima es la orientación al servicio, las percepciones de los trabajadores correlacionan significativamente con la satisfacción de los clientes y la calidad del servicio que éstos dicen recibir (B. Schneider et al., 2000).

Considerando que para el propósito de esta investigación no es útil abordar la seguridad o la innovación en los grupos de autoayuda como aspectos específicos, ni siquiera la motivación por sí sola, se procurará medir el clima social grupal general, seleccionado las dimensiones que se consideren más pertinentes, cuyos diferentes aspectos serán presentados más adelante.

## **5. Relación del clima con otras variables.**

Un aspecto interesante de la investigación en *clima* ha sido la dificultad de diferenciar clima organizacional y satisfacción laboral, aunque se ha encontrado suficiente evidencia para considerarlos como conceptos distintos (B. Schneider et al., 2000).

### **5.1 Antecedentes.**

El estilo de liderazgo es la variable que ha sido considerada desde los inicios de los estudios de clima como el antecedente más relevante y con vínculos claros (Furnham, 2001; Peiró, 1991; B. Schneider et al., 2000). Recientemente Zohar y Tenne-Gazit

(2008) ha encontrado evidencia del efecto del liderazgo transformacional sobre el clima, con la mediación de la densidad del grupo.

La investigación sobre los antecedentes del clima se ha centrado en los aspectos estructurales. Entre estos Peiró (1991) señala que el tamaño del grupo ha sido el que más se ha relacionado con el clima, seguido por la especialización de la tarea, y la centralización, todos ellos correlacionados negativamente. El grado de estandarización y formalización, sin embargo, correlaciona positivamente con el clima social (Peiró, 1991).

Ostroff et al. (2003) consideran la estructura organizacional en un modelo dentro del cual a partir de la cultura se genera la estructura y prácticas de la organización, lo que a su vez genera el clima, aunque admiten que la influencia es mutua en alguna medida. McMurray (2003) encuentra apoyo para esta relación entre cultura y clima.

## **5.2 Relaciones de Mediación**

Lindell y Brandt (2000) han encontrado que el clima social es un mediador entre los antecedentes organizacionales y resultados, de manera que siendo el contexto y la estructura organizacional los antecedentes, los resultados a nivel individual y organizacional se ven afectados significativamente por el clima. Ellos proponen una forma de analizar el clima y diferenciarlo de las percepciones individuales. Por otra parte, Carless (2004) ha encontrado el empoderamiento laboral como mediador entre el clima y la satisfacción laboral.

## **5.3 Consecuencias**

Parker et al. (2003) encuentran en su meta-análisis que el clima afecta a la satisfacción laboral, la implicación laboral, el compromiso, la motivación y el rendimiento. Aunque las actitudes de los empleados (compromiso, implicación laboral y satisfacción) mediaban entre el clima y la motivación, afectando finalmente el rendimiento. Biswas y Varma (2007) han encontrado una relación similar entre clima y rendimiento, con la mediación del compromiso. McMurray, Scott y Pace (2004) y Schyns y Van Veldhoven

(2010) también han encontrado una relación entre clima y compromiso. Por otra parte, Schulte, Ostroff y Kinicki (2006) obtuvieron resultados que apoya la relación entre clima y satisfacción.

Patterson y colaboradores encontraron relaciones entre el clima y la productividad e innovación, así como con las prácticas de dirección. Estos estudios sugieren un efecto mediador de la satisfacción laboral en ésta relación (Patterson, Warr & West 2004; Patterson et al., 2005).

Hunter, Bedell y Mumford (2007) realizaron una revisión de 42 estudios sobre clima, encontrando que las dimensiones de autonomía y apoyo, se relacionan con la creatividad en ambientes altamente competitivos y estresantes. Mahal (2009) encontró evidencia para relacionar clima y motivación.

Carr, Shmidt, Ford y DeShon (2003) realizaron un meta-análisis a 51 estudios, con 70 muestras y concluyen que el clima puede ser dividido en tres componentes: cognitivo, afectivo e instrumental. Estos componentes a su vez afectarían al desempeño y el bienestar psicológico.

La investigación de Morrison, Wheeler-Smith y Kamdar (2011) apoya la relación entre “Clima Voice” (un ambiente favorable para expresar ideas o sugerencias que mejoren el funcionamiento de la empresa) y la expresión verbal de los trabajadores hacia sus superiores directos. Obteniendo además un efecto sobre la identificación y satisfacción laboral.

Otros estudios aportan evidencia para la relación entre clima social (principalmente las dimensiones relacionadas con calidez y cordialidad y estándares claros) y la baja intención de rotación, que está correlacionada con la rotación real, en trabajadores de sanidad (Aarons et al., 2011; Aarons & Sawitzky, 2006; Hwang & Chang, 2009).

## 6. Evaluación del clima social

La medición del clima social se enfrenta a los mismos problemas que se enfrentan las demás evaluaciones en grupos. Schwartz, Waldo y Schwartz Moravec (2011) resumen varios de ellos, destacando que la estadística inferencial asume que las medidas son independientes, cuando es evidente que estas mediciones no son independientes en la práctica, al evaluar cada sujeto de un grupo. Otro aspecto clave es considerar los niveles de medición como un continuo entre el nivel individual y el nivel grupal (promedio del grupo), lo que permitiría enfocarse en uno u otro nivel. No obstante, según Schwartz et al. (2011), esto implica perder de vista la influencia mutua entre los niveles, es decir, el individuo afecta al grupo y viceversa, como ya ha sido destacado por Yalom (2005).

Se han propuesto numerosos instrumentos para evaluar el clima social. Una revisión de los mismos puede encontrarse en Furnham (2001), Bretones y Mañas (2008) y en el factbook de la consultora Haygroup (2004), que presenta una visión aplicada a las empresas. La diversidad de dimensiones propuestas, puede apreciarse ya en el estudio de Koys y DeCotiis (1991) quienes revisaron docenas de estudios, concluyendo que todas las dimensiones más estudiadas de clima organizacional pueden agruparse en ocho: *Autonomía, Cohesión, Confianza, Presión, Apoyo, Reconocimiento, Equidad e Innovación*.

Aunque en sí mismo el concepto de clima puede ser difícil de definir, es necesario además aclarar que no siempre se utiliza el concepto de clima social como equivalente a clima organizacional (Silva Vázquez, 1996). Ahora bien, es necesario recordar que el concepto de clima fue adoptado desde la psicología social para ser aplicado a la psicología organizacional (B. Schneider et al., 2000). Además, según Lewin (1951/1988) el clima social puede estudiarse a distintos niveles de inclusividad, de acuerdo a lo que nos interese conocer. Por otra parte, parece ser que el nivel de medición (individual, grupal, organizacional) nos permite abordar con mayor precisión el concepto de clima. En el presente trabajo nos enfocamos en el clima social grupal, aunque para los propósitos futuros de la investigación en organizaciones de autoayuda, pueda ser interesante conocer el clima organizacional del PEM.



## **X. COHESIÓN**

El concepto de cohesión puede encontrarse ya en los primeros trabajos de Durkheim e incluso en los trabajos de Le Bon sobre solidaridad. Los diversos investigadores sociales han conceptualizado la cohesión social desde los marcos de referencia de sus propias disciplinas. De esta manera, para la sociología la estructura social provee el marco para entender la conducta de los grupos sociales y organizaciones. Para la psicología social la cohesividad es un atributo que afecta a otros procesos que operan dentro y entre los grupos pequeños (Alonso & Berbel, 1999; Muñoz, 2009; Molero 2011; Roda, 2005; Stangor, 2004). En psicología la cohesión es la que relaciona los miembros del grupo que comparten características emocionales y conductuales entre sí y dentro del grupo como un todo (Bruhn, 2009).

Se han publicado muchos estudios teóricos e investigación empírica tanto en psicología social como en sociología sobre cohesión. Según Bruhn (2009) tras revisar los estudios desde la última parte del siglo XIX hasta entrado el presente siglo, las aproximaciones metodológicas utilizadas se pueden clasificar en tres grandes grupos: empírica, experimental y de redes sociales.

Dentro del primer grupo se encontrarían autores como Le Bon y Durkheim. Dentro del segundo a Moreno y sus aportaciones desde la sociometría para medir la relaciones entre los sujetos, los trabajos pioneros de Lewin, Así como también a Festinger y su formalización de la teoría de la cohesividad. Finalmente dentro del tercero encontraríamos a Carron, así como a Moody y White (Bruhn, 2009).

El hecho de que la cohesión social sea un concepto tan ampliamente estudiado no ha ido aparejado a una coherencia y continuidad en su desarrollo teórico y de investigación. Como señalan Joyce, Piper y Orgodniczuk (2007), “existe poca cohesión en la literatura sobre la cohesión” (p. 271). A pesar de continuos llamamientos al orden, no han dejado de surgir nuevas definiciones permanentemente, y en consecuencia nuevos instrumentos para medirla (Mudrack's, 1989 citado por Dion, 2000).

A finales de 1930 y principios de 1940, el trabajo de Lewin y sus colaboradores fue decisivo para la instauración del concepto de cohesión con la primera definición de

cohesión desde la psicología social. Lewin conceptualiza la cohesión como el conjunto de fuerzas que mantienen a los miembros del grupo juntos, incluyendo fuerzas de atracción y repulsión (Dion, 2000).

Posteriormente, Festinger, Schachter y Back (1950) presentan una de las definiciones más utilizadas y citadas. Ellos consideran que la cohesión es “el total campo de fuerzas que actúan sobre los miembros para permanecer en el grupo” (p. 37). No obstante, la naturaleza y peso específico de estas fuerzas no se especifica, reconociéndose que pueden actuar de manera diferente de un miembro a otro.

El debate en torno a la cohesión se ha generado desde dos enfoques diferentes en psicología social. Por una parte, puesto que la cohesión se considera un elemento esencial para comprender un grupo, está estrechamente relacionada con el problema de definir lo que es un grupo (Alonso & Berbel, 1999; Muñoz, 2009; Molero 2011; Roda, 2005). En este sentido están las teorías que enfatizan la interacción interpersonal como definitoria de lo que es un grupo, independientemente de cómo cada teoría considere que produce esa interacción. De esta manera, desde esta perspectiva la cohesión se entiende como “atracción interpersonal”. Por otra parte, está el enfoque de la Identidad Social, que enfatiza el aspecto socio-cognitivo, al considerar que los miembros de un grupo se perciben como dentro de la misma categoría social.

Según la revisión hecha por Casey-Campbell y Martens (2009) actualmente se acepta como una descripción general de cohesión la inclinación de los miembros del grupo a establecer lazos sociales, resultando en miembros que permanecen juntos y se mantienen unidos.

### **1. Una visión conceptual de la cohesión.**

Tal y como sostienen J. Chan, Ho-Pong y Chan (2006) es necesario diferenciar lo esencial de la cohesión de aquellas variables que pueden darse en conjunto con ella o no darse. Especialmente porque una definición es más rigurosa por lo que excluye que por lo que incluye. Teniendo presente este criterio, es fácil notar la debilidad de muchas definiciones de cohesión social. De esta manera, es importante también diferenciar la cohesión en sí, de sus antecedentes y consecuencias.

## **1.1 Antecedentes.**

Identificar los antecedentes de la cohesión social es incluso más difícil que identificar sus consecuencias, puesto que la mayoría de los estudios han medido la cohesión después de un tiempo previo de interacción entre los miembros del grupo. Algunos aspectos estructurales del grupo como el tamaño y la diversidad han mostrado algún efecto sobre la cohesión (Alonso & Berbel, 1999; Muñoz, 2009; Molero 2011; Roda, 2005). No obstante, un punto importante a aclarar es si la intención de permanecer en el grupo es previa (Cartwright, 1968). De la misma manera, Lott y Lott (1965) sugieren que la atracción hacia el grupo puede ser un paso previo a la cohesión. Por otra parte, las percepciones individuales sobre el grupo y la motivación a permanecer en él, parecen jugar un papel más importante en la formación del grupo que en la cohesión. Por ejemplo, un individuo con una alta necesidad de pertenencia o con una alta necesidad de afiliación pueden tener fuertes deseos de permanecer en el grupo, incluso antes de comenzar a interactuar en él (Casey-Campbell & Martens, 2009).

Chiocchio y Essiembre (2007), en un meta-análisis, encuentran que el tipo de equipo y el contexto afectan la cohesión, de manera que los equipos de proyecto presentes en contextos organizacionales y académicos muestran una mayor cohesión que los equipos de servicio o de producción, presentes en otros contextos.

## **1.2 Consecuencias.**

Las consecuencias de la cohesión grupal son numerosas. Algunas de ellas son el tiempo de permanencia de los individuos dentro del grupo y las múltiples influencias sociales que pueden ejercer unos miembros sobre otros, entre las que destacan el aumento de la cooperación y la participación (Casey-Campbell & Martens, 2009). Steinhardt, Dolbier, Gottlieb y McCalister (2003) encuentran evidencia que apoya el efecto de la cohesión sobre un menor nivel de estrés laboral y mayor satisfacción laboral.

Un meta-análisis de Mullen y Cooper (1994) sobre 49 trabajos empíricos, encuentra una relación significativa, aunque moderada, entre cohesión y rendimiento grupal. Beal, Cohen, Burke y McLendon (2003), en otro meta-análisis sobre 64 estudios, encontraron una fuerte asociación entre cohesión y desempeño, cuando éste es considerado como

conducta (y no como resultados) y cuando es considerado como eficiencia (en vez de efectividad). Además los grupos cohesionados estaban asociados a un patrón de flujo de trabajo más intenso.

Shin y Park (2009) encontraron que al analizar la cohesión a nivel individual, la competencia de un individuo podía verse restringida en grupos de alta cohesión. No obstante, al analizar la cohesión a nivel grupal, en la misma muestra, ésta interactuaba positivamente con la competitividad de grupo para obtener mejor rendimiento.

Lloréns, Ruiz y García (2005), utilizando una muestra española, encontraron que la cohesión está asociada a un mejor aprendizaje organizacional, mayor innovación y a un mejor rendimiento la organización.

En los equipos deportivos, un marco ideal para estudiar el rendimiento, es donde los resultados entre cohesión y rendimiento son más nítidos. Aunque no siempre una mayor cohesión es lo mejor (Rovio, Eskola, Kozub, Duda & Lintunen, 2009), un buen nivel de cohesión es deseable. Warner, Bowers y Dixon (2012) incluyen un análisis de las redes sociales intragrupales, para comprender mejor el nivel más básico de interacción, encontrando evidencia de que ésta es una estrategia útil para comprender mejor la dinámica de un equipo deportivo.

### **1.3 Mediación: la cohesión como mediador.**

Aunque existen relativamente pocos estudios que aborden los efectos de mediación, Dobbins y Zaccaro (1986) encontraron un sólido apoyo empírico para el efecto mediador de la cohesión entre la conducta del líder y la satisfacción de los subordinados.

C. V. Chen, Tang y Wang (2009) estudian la relación mediadora de la cohesión entre la interdependencia (de tarea o de meta) y la OCB <sup>38</sup>(organizational citizenship behavior) que se refiere a conductas discretas, que al irse agregando, promueven la efectividad de la organización. Ellos encontraron que tiene un efecto mediador sólido para ambos tipos

---

<sup>38</sup> OCB. Conducta cívica organizacional.

de interdependencia. Además encontraron que la interdependencia de tarea tiene un efecto positivo sobre la cohesión.

Recientemente Tung y Chang (2011) encontraron que la cohesión junto con la disposición a compartir conocimiento, tienen un efecto mediador entre el liderazgo de empoderamiento y el rendimiento.

Por otra parte, Gully, Devine y Whitney (1995) realizan un meta-análisis sobre 46 estudios, en que encuentran que el tipo de tarea es un importante mediador entre la cohesión y los resultados, siendo mayor la relación en tareas de mayor interdependencia.

## **2. Cohesión a nivel social**

A pesar de que se realiza desde una perspectiva social más amplia que el grupo, la propuesta de definición de cohesión social de J. Chan et al. (2006) merece tenerse en cuenta toda vez que es concisa y acotada. Ellos utilizan tres criterios progresivos, mediante los cuales los miembros de una sociedad puede decirse que están cohesionados:

- 1) Ellos pueden confiar, ayudar y cooperar con otros miembros de la sociedad.
- 2) Ellos comparten una identidad común o un sentido de pertenencia a su sociedad.
- 3) Los sentimientos subjetivos de (1) y (2) se manifiestan en conducta objetiva.

De esta manera, ellos definen cohesión social como:

“un estado de cosas concernientes tanto a las interacciones verticales como horizontales entre los miembros de la sociedad como caracterizados por un conjunto de actitudes y normas que incluyen la confianza, el sentido de pertenencia y la voluntad de participar y ayudar, así como sus manifestaciones conductuales” (p. 290)

J. Chan et al. (2006) consideran que esta definición es aplicable no sólo a aspectos de la sociedad en general, sino que también a grupos más pequeños. Esto coincide con los factores esenciales que están implícitos en cualquier tipo de cohesión social que identifica Bruhn (2009).

Es importante tener esto presente cuando los instrumentos que se requiere desarrollar de acuerdo la propuesta de evaluación del Programa Ecológico Multifamiliar que se presenta más adelante, implican dos vertientes: por una parte el desarrollo de instrumentos a nivel de los grupos de autoayuda, y por otra, el desarrollo de un instrumento para ser aplicado al programa en su conjunto.

### **3. Componentes esenciales de la cohesión.**

La revisión teórica de Bruhn (2009) encuentra cuatro componentes esenciales que contribuyen a la cohesión: identidad social, confianza, reciprocidad y lealtad. Aunque alguno de ellos ha sido considerado indistintamente como causa o consecuencia, es difícil considerar que la cohesión pueda existir sin que éstos estén presentes, además se interrelacionan necesariamente entre sí para que se desarrolle la cohesión.

#### *1. Identidad social.*

Es aquella “que define el yo en términos de grupos de membresía o de pertenencia” (Hogg & Vaughan, 2010; p. 123). La relación estrecha entre identidad social y lealtad ha sido investigada por Van Vugt y Hart (2004). Estos autores concluyen que cuando la identificación es alta los miembros tienden a permanecer más tiempo en el grupo.

#### *2. Confianza.*

La confianza es una expectativa compartida mutuamente. Es un tipo de “inteligencia social” que permite a las personas el acceso a información sensible para compartir con el grupo. Las demostraciones de confianza a su vez, permiten lazos más estrechos. La confianza puede transmitirse tanto a nivel verbal como no verbal en las interacciones del grupo.

#### *3. Reciprocidad.*

La reciprocidad también contribuye a fortalecer los lazos entre los miembros del grupo, estimulando que se genere una mayor confianza, promoviendo el bien común y la cooperación frente a la competitividad. La reciprocidad es un elemento esencial

de los grupos de autoayuda y el aspecto que más lo diferencia de las intervenciones terapéuticas tradicionales.

#### *4. Lealtad.*

Ha sido definida como la permanencia en el grupo cuando existen mejores alternativas fuera de este. Los miembros pueden hacer sacrificios en pro del grupo, incluso cuando esto les genera costos personales.

### **5. La dimensionalidad de la cohesión.**

Uno de los problemas más relevantes en torno a la cohesión social es si debe ser considerada como un constructo unidimensional, bidimensional o multidimensional (Dion, 2000). Este problema se agudiza si se considera que, como señala Hogg (1992), que en muchas ocasiones las correlaciones entre diferentes instrumentos que miden cohesión, no son significativas.

#### **5.1 Constructo unitario.**

Entre los autores que mantienen la unidimensionalidad del constructo se encuentra Seashore (1954) que define la cohesividad de los miembros como “la atracción por el grupo o la resistencia dejarlo” (Seashore, 1954, P. 11) y construye una escala de cinco ítems para evaluarla. Si bien es cierto que su definición ha sido ampliamente citada y su instrumento ha sido uno de los más usados, sin embargo, el foco en el deseo individual de permanecer en el grupo reduce la cohesión a un constructo de nivel individual. Además de ser vulnerable a la crítica sobre si la atracción por el grupo es un antecedente de la cohesión en sí.

#### **5.2 Constructo bidimensional.**

Algunos modelos que tratan de explicar la cohesión consideran que es un constructo bidimensional. A partir de su propia definición, Festinger et al. (1950) introducen una de las distinciones posteriormente más utilizadas: la “atracción por el grupo” y los “medios de control” (Means Control). La primera, “la atracción por el grupo”, es descrita como una valoración positiva del grupo. La segunda, la noción de “medios de

control”, es el grado en que el grupo ayuda a sus miembros a conseguir sus objetivos, lo que sugiere un foco en la tarea. En tanto que la atracción por el grupo se focalizaría en el aspecto social. Mikalachki (1969) fue el primero en proponer claramente esa distinción entre foco en la tarea y foco social, la cual ha recibido considerable atención (Carron & Brawley, 2000; Dobbins & Zaccaro, 1986). De hecho, cuando los investigadores no consideran estas dos dimensiones corren el riesgo de sembrar más confusión. Por ejemplo, Bollen y Hoyle (1990) definen la cohesión percibida como “el sentido de pertenencia individual a un grupo particular y los sentimientos morales asociados con la afiliación al grupo” (p. 482). No obstante, ambos componentes pueden considerarse como sociales, dejando de lado el componente de tarea.

El trabajo de Zaccaro y colaboradores se ha centrado en una comprensión bidimensional del concepto de cohesión, diferenciando entre cohesión social y de tarea, que estos autores presentan como cohesión interpersonal y de tarea. Zaccaro y Lowe (1988) encontraron apoyo para sostener ésta diferencia. De esta manera, la cohesión de tarea en general se ha relacionado más con un mejor desempeño que la cohesión interpersonal. No obstante, cuando la tarea requiere alta interdependencia, la cohesión interpersonal es igualmente necesaria (Zaccaro & MacCoy, 1988). Autores como Carless y De Paola (2000) sugieren que la cohesión social puede ser un antecedente de la cohesión en la tarea.

Otro aspecto relevante de esta distinción, es que otros autores han sugerido que las recomendaciones hechas por Janis (1972) para evitar el pensamiento grupal, no son otra cosa que indicaciones que fortalecen la cohesión de tarea (Bernthal & Insko, 1993).

Recientemente Rosh, Offermann y Van diest, (2012) llaman la atención sobre la confusión que según ellos se genera entre cohesión social e intimidad, aunque reconocen que cohesión de tarea es claramente diferenciable.

Otro modelo bidimensional es el propuesto por la teoría de la auto-categorización (SCT), que se encuentra dentro de la perspectiva de la Identidad Social y ha sido desarrollado en los últimos 20 años por Hogg, Turner y colaboradores (Hogg & Turner, 1985). La teoría de la auto-categorización propone que las personas se auto-clasifican en diversas categorías, pero supuestamente no en un mismo momento. De esta manera,



las personas se clasifican a sí mismas a nivel individual, interpersonal y grupal. La categorización a este último nivel conduce a la despersonalización, que es percibirse a uno mismo no como un individuo único, sino como un *prototipo grupal*, sin que ello tenga un sentido negativo. Esta teoría brinda una nueva perspectiva de la atracción interpersonal al generar una distinción entre el nivel interpersonal y el grupal. La atracción personal (PA) se genera a nivel interpersonal, mientras que la atracción social (SA) se genera a nivel grupal. Es este nivel el que ha centrado el interés de los estudiosos de la cohesión, puesto que permite vislumbrar un prototipo, y por ende, define las características esenciales del grupo que son percibidas por sus miembros.

Esta teoría ha recibido apoyo empírico (Hogg, 1992), siendo mayoritariamente aplicada a equipos deportivos. Si bien de acuerdo a Dion (2000), en algunos estudios la SA ha sido identificada como cohesión social y la PA como cohesión de tarea (Hogg & Hang, 1998 citados por Dion, 2000).

Una tercera forma de analizar el constructo como bidimensional es diferenciar entre cohesión horizontal y vertical (Bliese & Halverson, 1996). La primera se refiere al proceso de cohesión entre los miembros del grupo y la segunda al proceso en relación al líder. Ésta perspectiva ha sido aplicada principalmente al estudio de las unidades militares. Ambos tipos de cohesión se han encontrado asociados positivamente en este tipo de muestras.

### **5.3 Constructo multidimensional.**

Considerando que el mayor debate en torno a la cohesión ha sido consecuencia del trabajo de Festinger, es necesario recordar que su inclusión de la palabra “fuerzas” en su definición, permite pensar que es más apropiada una valoración multidimensional de la cohesión. Gross y Martin (1952) apoyan esta idea, aunque reconocen la dificultad de identificar las fuerzas específicas implicadas en la cohesión. Ellos desarrollan un cuestionario de 7 ítems que está enfocado a medir la resistencia a las fuerzas disruptivas (Gross Cohesiveness Questionnaire).

A pesar que la multidimensionalidad fue propuesta ya en 1940 por Catell, ha sido relativamente hace pocos años cuando ha retomado importancia (Dion, 2000).

Forsyth (2010) afirma que pese a ser evidente la necesidad de estudiar la cohesión como un proceso de múltiples componentes, persiste una falta de acuerdo en establecer dimensiones definitivas aplicables a todos los grupos y teorías.

Carron, Widmeyer y Brawley (1985) han propuesto un modelo que combina la atracción individual (ATG) y la integración grupal (GI), por una parte, junto con la distinción entre cohesión social (S) y de tarea (T) por otra, resultando cuatro factores o dimensiones:

- a) Integración del grupo respecto a la tarea (GI-T)
- b) Integración social del grupo (GI-S)
- c) Atracción individual por la tarea del grupo (ATG-T)
- d) Atracción individual por el aspecto social del grupo (ATG-S)

Éste modelo fue creado inicialmente para aplicarlo en la psicología del deporte, sin embargo se considera que puede ser aplicado en muchas otras investigaciones de cohesión (Molero, 2011). Carron et al. (1985) han creado el Cuestionario de Ambiente Grupal (GEC<sup>39</sup>), que cuenta con 18 ítems. Aunque como puede notarse su nombre no parece ser específico de cohesión sino más bien de clima social. Éste instrumento se ha utilizado y adaptado para entornos más allá del deportivo (Dyce & Cornell, 1996). Además, ha sido traducido y estandarizado en España por Iturbide, Elosua y Yanes (2010).

La distinción entre integración de grupo y atracción individual ha sido cuestionada por Carless y De Paola (2000) quienes no encuentran apoyo para las cuatro dimensiones. No obstante, la distinción entre cohesión social y de tarea ha sido respaldada ampliamente (Chang, Duck & Bordia, 2006).

Por otra parte, muchos investigadores analizando este instrumento (GEQ) factorialmente, han encontrado apoyo para un modelo de tres factores: cohesión respecto a la tarea, cohesión social y atracción por el grupo (Carless & De Paola, 2000; Dyce y Cornell, 1996). Con todo, la diferenciación entre cohesión social y de tarea parece haber obtenido un sólido respaldo (Forsyth, 2010).

---

<sup>39</sup> GEQ: Group Environment Questionnaire

## 6. Niveles de análisis de la cohesión.

El problema del nivel de análisis, que también afecta al clima social, está presente en la medición de la cohesión. Evaluar de una manera individual un constructo grupal está en el centro del debate. La literatura cuenta con definiciones y medidas que han conceptualizado y operativizado este constructo a nivel individual (Hogg, 1992), grupal (Carless & De Paola, 2000) o ambos. De hecho, Cota, Evans, Dion, Kilik y Longman (1995) al realizar una revisión teórica del mismo, destacan que la unidad de análisis es un importante problema cuando se requiere determinar la dimensionalidad de este constructo. Ellos consideran que ningún método es mejor que otro, aunque el nivel individual es el más utilizado.

Lindsley, Brass y Thomas (1995) recopilan los cuatro métodos utilizados para medir este constructo:

- El primer método es la agregación individual de las creencias (George & James, 1993 citado por Lindsley et al., 1995). Este método puede resultar útil si existe un nivel suficiente de homogeneidad en las respuestas intragrupales. Aunque el usar este método implica que no se asume al grupo como una entidad total.
- Un segundo método consiste en utilizar la media de las percepciones individuales del grupo (Earley, 1993 citado por Lindsley et al., 1995). Lo mismo que en el anterior, este método falla en comprender al grupo como una entidad total. (Weick & Roberts, 1993 citados por Lindsley et al., 1995).
- Un tercer método, consiste en obtener una respuesta colectiva de todo el grupo sobre el instrumento, buscando el consenso para responder a cada ítem (Gist 1987 citado por Lindsley et al., 1995). Este método considera al grupo como una entidad en sí misma, aunque puede generar otros problemas, como el tiempo necesario para responder al instrumento, la deseabilidad social y la presión social. Además es preciso en este caso considerar todos los procesos implicados en la toma de decisiones, incluyendo la posibilidad de generar pensamiento grupal.
- El cuarto método, sugerido por Lindsley et al. (1995) consiste en utilizar individuos dentro del grupo como informantes acerca de las creencias colectivas del grupo, bajo el supuesto de que los individuos dentro del grupo tienen acceso a lo que ellos denominan la *mente colectiva*.

Dion (2000) considera que existen instrumentos estadísticos suficientes para abordar este constructo a partir de las percepciones individuales, considerándolo simultáneamente a nivel individual y grupal, tales como el Modelo Lineal Jerárquico (HLM) y el análisis “dentro y entre” (WABA). No obstante, esto se hace a partir de las percepciones individuales, por lo que a pesar de lo sofisticado de los análisis, es necesario preguntarse si es suficiente si basta con recoger los datos a este nivel.

Desde luego también se puede considerar la evaluación mediante observadores externos, como ha sido utilizada en otras evaluaciones de carácter grupal, tales como el rendimiento grupal (Delgado-Piña, Romero-Martínez & Gómez-Martínez, 2009), también utilizadas en grupos de psicoterapia.

## **XI. COHESIÓN Y CLIMA SOCIAL DENTRO DE LOS GRUPOS PSICOTERAPÉUTICOS.**

Al ser evidentemente el tipo de grupo más cercano a los grupos de autoayuda y grupos de apoyo, para los propósitos de este estudio, conviene conocer cuál es el concepto de cohesión y clima que se utiliza en este contexto, si bien es necesario tener en perspectiva las diferencias que existen entre estos tipos de grupos.

Asimismo conviene recordar que la similitud entre los concepto de cohesión y clima social, como hemos visto, ha sido considerada como una fuente de confusión en numerosas ocasiones (Marmarosh & Van Horn, 2011; McClendon & Burlingame, 2011). De hecho, Burlingame, McClendon y Alonso (2011a) en el meta-análisis más reciente, consideran que son conceptos difícilmente diferenciables, utilizando para su análisis investigaciones que emplean ambos. No obstante, en este apartado se presenta ambos conceptos por separado en un principio, para luego dar una visión de conjunto.

Es central en las relaciones de psicoterapia de grupo tener una visión más amplia del contexto en que ocurren esas relaciones, puesto que ya no es la clásica relación paciente-terapeuta (Yalom, 2000). Por ende, es necesario tener una definición sistémica que capture la multiplicidad de relaciones que allí suceden (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2001). Si bien algunos autores han diferenciado entre cohesión grupal y alianza de trabajo grupal, esta última como análoga a la alianza terapéutica clásica, los resultados no siempre han sido consistentes en apoyar esta diferencia (Budman et al., 1989). Por ejemplo, Johnson, Burlingame, Olsen, Davies y Gleave (2005) al comparar clima, cohesión, alianza y empatía grupal, encontraron una alta correlación entre todos ellos.

Burlingame et al. (2001, p. 373) al revisar el concepto de cohesión dentro de la psicoterapia de grupo, lo definen como “las relaciones terapéuticas en el grupo de psicoterapia que emergen del agregado de de las relaciones miembro-líder, miembro-miembro y miembro-grupo”. No obstante, en esta relación compleja otros autores han incluido también la relación líder-grupo (en la dirección opuesta a la anterior) y la relación líder-co-líder, cuando hay más de un terapeuta (Bernard et al., 2008). Esta es una manera estructural de ver la cohesión que traslada la estructura de la relación

paciente-terapeuta de la terapia individual a un contexto grupal, donde las relaciones se multiplican.

La cohesión, dentro del proceso terapéutico grupal, tiene una dimensión intra-personal (los miembros individuales, así como el líder) y otra interpersonal, además de aspectos estructurales antes mencionados. Algunos de los elementos intra-personales de la cohesión son el sentido de pertenencia, de aceptación, el compromiso y lealtad hacia el grupo. Por otra parte, los elementos interpersonales incluyen la atracción hacia el grupo, la compatibilidad de los miembros, el agrado mutuo, la confianza, el apoyo y el cuidado. Así como también la estimulación mutua que genera aprendizaje y un compromiso colectivo con el trabajo del grupo (Burlingame et al., 2001).

Yalom (1995, 2000) describe la cohesión como el factor terapéutico principal en la terapia de grupo. Además ésta facilita la auto-estima colectiva del grupo (CSE), la esperanza y el bienestar. La experiencia de participar en un grupo cohesionado permitiría a los individuos comprometerse en la necesaria auto-apertura frente al grupo y en la exploración personal, ambas imprescindibles para obtener resultados positivos. De hecho, la cohesión puede ser clave en el proceso de cambio a través de la interrelación de la auto-estima colectiva del grupo con la auto-estima del individuo. La última mejoraría producto de la aceptación y empatía experimentadas en el grupo.

Marmarosh, Holtz y Schottenbauer (2005) pusieron a prueba la teoría de Yalom, al relacionar la cohesión, la auto-estima colectiva y la “esperanza del yo” sobre el bienestar personal (la autoestima y depresión consideradas en conjunto). Mediante un modelo de ecuaciones estructurales, ellos obtuvieron que la cohesión se relaciona de forma débil directamente con el bienestar personal, pero si lo hace directamente con la auto-estima colectiva, que a su vez afecta considerablemente la esperanza del yo, y en conjunto con ésta afecta el bienestar personal de manera significativa. Esto podría explicar en parte la falta de consistencia de los estudios en encontrar un efecto directo de la cohesión sobre los resultados terapéuticos. De hecho, Casey-Cambell y Martens (2009), en una reciente revisión, consideran que la relación entre cohesión y resultados es más una asunción teórica que un hecho empírico. Aunque ésta revisión está más centrada en los resultados de trabajo de equipo. Burlingame et al. (2011a) encontraron una relación significativa positiva entre ambas variables, dentro del campo de la

psicoterapia grupal. Esto concuerda además con anteriores revisiones que han encontrado una relación positiva (Bednar & Kaul, 1994; Crouch, Bloch & Wanlass, 1994 citados por Burlingame et al., 2001).

MacKenzie y Tschuschke (1993) han sostenido que la experiencia individual de los miembros en el grupo es una característica importante de la cohesión. Esta experiencia de los individuos incluye el sentido de aceptación y apoyo por parte de su grupo. De esta manera, los pacientes que refieren altos niveles de calidad de sus relaciones dentro del grupo (por ejemplo: protección, sentirse comprendidos y a gusto con el grupo) también refieren mejoras sintomáticas mayores.

Otros estudios que han utilizado una visión similar de la cohesión, centrada en la dimensión miembro-grupo, muestran que la mejora de los pacientes está ligada a la experiencia de intimidad, sentirse aceptados por el grupo, experimentar calidez, empatía, amistad, consideración, genuinidad y una buena alianza de trabajo grupal (Hurley, 1986; Marziali, Munroe-Blum & McCleary, 1997 citados por Burlingame et al. 2001). Asimismo un mínimo nivel de atracción por el grupo parece ser necesario en las fases tempranas de la psicoterapia (MacKenzie, 1994).

Budman et al. (1989) aplican una visión diferente, al abordar la cohesión desde la perspectiva del grupo como una totalidad. Ellos desarrollaron una escala de observación de cinco dimensiones, que al aplicarse por un observador independiente se ha relacionado con la mejora en los auto-reportes de los pacientes. Asimismo, ellos destacan que la cohesión observada en los primeros 30 minutos de la sesión es la que está más fuertemente relacionada con los resultados terapéuticos. Por otra parte, MacNair-Semands (2000) plantea que si bien considerar las percepciones individuales de los sujetos es importante, no debe dejarse de lado la percepción de observadores externos, para tener una visión más completa de lo que sucede en el grupo.

La relación entre los miembros y el líder (miembro-líder) ha sido abordada por Sexton (1993), encontrando que aquellos miembros que se sienten valorados por el líder, así como apoyados y comprendidos pueden participar mejor en el proceso terapéutico.

## **1. Cohesión y proceso terapéutico.**

Se ha relacionado la cohesión con un importante número de procesos terapéuticos que pueden a priori generar mejores resultados. De hecho, Hornsey, Dweyer, Oei y Dingle (2009) critican que “cualquier cosa que tenga una valencia positiva [con los resultados] ha sido interpretada en alguna medida como índice de cohesión” (p. 272).

Una relación emocional positiva, que podría entenderse como cohesión social, ha sido asociada a una mayor propensión a revelar información relevante de los miembros del grupo durante la sesión (autorevelación). Esta disposición tiende a su vez a generar una retroalimentación significativa e intensa por parte de los otros miembros del grupo. Esto sucede especialmente en los primeros 30 minutos (Tschuschke & Dies, 1994).

Un aspecto interesante, es que la cohesión podría también estar relacionada con la capacidad de los miembros del grupo para tolerar el conflicto que a menudo se produce en el tratamiento grupal (MacKenzie, 1994). Por otra parte, en grupos de tratamiento de desórdenes alimenticios, incluso los pacientes que experimentan más mejoras han informado que en mitad de las sesiones, respecto del total de sesiones, se tiende a percibir un clima negativo, a diferencia de las primeras sesiones donde el clima es descrito como de mayor apoyo (Castonguay, Pincus, Agras & Hines, 1998). Esto lleva a suponer que un compromiso de apoyo en las primeras sesiones permite tolerar las dificultades y el estrés propio de las sesiones subsiguientes.

En psicoterapia grupal con pacientes con cáncer, la cohesión también se ha mostrado como un factor clave, según la reciente revisión de Schnur y Montgomery (2010) pese las limitaciones metodológicas que se han encontrado. Un hallazgo interesante ha sido que hombres y mujeres parecen experimentar la cohesión de manera diferente (May et al., 2008). Esto concuerda con los resultados de los estudios en grupos de autoayuda para pacientes con cáncer, que revelan también esta diferencia. Los hombres enfatizan la importancia de entregar y buscar información, mientras que las mujeres conceden mayor importancia a la intimidad, al apoyo mutuo y a la revelación emocional (Gray, Fitch, Davis & Phillips, 1996). Por ende, se podría suponer que los hombres tienen a valorar más la cohesión de tarea y las mujeres la cohesión social, aunque esto requiere más investigación.



## **2. Clima social en el proceso terapéutico.**

MacKenzie (1983) es uno de los autores que más ha procurado aplicar el concepto de clima grupal, al tratar de abarcar la cohesión en el sentido más amplio descrita por Yalom (1995, 2000). De acuerdo con ésta concepción, no se incluye sólo el grado de aceptación, calidez, pertenencia y apoyo que experimentan los miembros del grupo, sino que también se incluyen dos dimensiones más: el conflicto y la evitación. Por tanto, según MacKenzie (1983), habría tres dimensiones: compromiso, evitación y conflicto.

MacKenzie (1990) propuso un modelo de desarrollo grupal según el cual el compromiso sería moderadamente elevado en un inicio, desciende en un segundo momento y finalmente se eleva significativamente hacia el final (patrón: alto-bajo-alto). Por otra parte el conflicto y la evitación tendrían un desarrollo inverso, teniendo su punto más alto en mitad del proceso terapéutico y reduciéndose significativamente hacia el final. Sin embargo este modelo no ha recibido apoyo empírico consistente (Bonsaksen, Lerdal, Borge, Sexton & Hoffart, 2011; Tasca, Balfour, Ricthie & Bissada, 2006).

Conviene señalar que Crowe y Grenyer (2008) encontraron apropiado utilizar simultáneamente el GCQ de MacKenzie (que mide clima social) junto con el CALPAS-G (California Psychotherapy Alliance Scale Group) debido a que en éste último instrumento diseñado para medir alianza grupal, las dimensión de Capacidad de trabajo del paciente (PWC) estuvo asociada con una percepción de mejora en el tratamiento de parte de los pacientes. Adicionalmente otras de sus dimensiones estuvieron asociadas con la satisfacción con el tratamiento, aunque no con los resultados medidos objetivamente, lo que sugiere una experiencia subjetiva importante producto de la interacción interpersonal en el grupo.

Más allá de que un clima positivo se relacione con mejores resultados terapéuticos, también está relacionado con mayor participación, tasas de asistencia más elevadas y tasas más altas de tratamientos completados (Gillaspy, Wright, Campbell, Stokes & Adinoff, 2002; Joyce et al., 2007; Tasca et al., 2006; Yalom, 2005).

### **3. Implicaciones prácticas**

El meta-análisis de Burlingame et al. (2011a), realizado sobre 40 investigaciones entre 1969 y 2009, que incluyen los conceptos de clima y cohesión (optando por usar éste último concepto), obtuvo que:

- La cohesión se relaciona positivamente con resultados cuando estos son entendidos como mejora en los síntomas de estrés y mejora en el funcionamiento interpersonal.
- La edad es una variable que produce diferencias en la cohesión, de forma que los grupos con integrantes más jóvenes presentan mayores niveles de ésta, aunque en todos los grupos de edad la relación entre cohesión y resultado es significativa.
- Las orientaciones de la psicoterapia también generan diferencias en la cohesión, de manera que las orientaciones interpersonales en los grupos son con diferencia las que mayor cohesión generan, seguidas de las orientaciones humanistas, cognitivo-conductuales y psicoanalíticas.
- El tamaño de los grupos afecta a la cohesión, de manera que los grupos con mayor cohesión son aquellos entre 5 y 9 personas.
- La cohesión es más fuerte cuando ésta se mide después de la sesión número 12, lo que implica que requiere tiempo para desarrollarse.
- Los grupos que mayor cohesión manifiestan son aquellos en los que los líderes, con independencia de su orientación teórica, estimulan más la interacción de todos sus miembros.
- Es posible que los líderes estimulen estratégicamente la cohesión en los estados iniciales del grupo.
- La cohesión contribuye a los resultados independientemente de si la intervención grupal se realiza en escenarios clínicos o no clínicos, e independientemente del diagnóstico en el primer caso.

A partir de estos resultados, podemos suponer que en los grupos de autoayuda es posible emplear los mismos criterios de resultado terapéuticos (síntomas de estrés y funcionamiento interpersonal) que en los grupos psicoterapéuticos. También sugieren que independientemente de la ideología base de un tipo de grupo de autoayuda, se puede generar cohesión si se estimula la participación de los integrantes. La relación entre la mejora en los resultados y la interacción es particularmente importante, puesto

que un fundamento de la autoayuda es la contribución de cada miembro al bienestar del resto, esta interacción debería ser más fuerte que en los grupos de psicoterapia. El tiempo en que se mide la cohesión ofrece la dificultad de no ser aplicable a los grupos de autoayuda, puesto que éstos son por definición grupos abiertos. La edad tampoco es un criterio que pueda ser aplicado, al menos al caso de los grupos de autoayuda multifamiliares, puesto que los integrantes pueden ser de cualquier edad, incluso menores.

Por otra parte, más allá que pueda existir un modelo que explique la evolución de la cohesión en el transcurso de la psicoterapia, para el propósito de estudiar grupos de autoayuda esto no es relevante, puesto que no es aplicable. Al ser grupos abiertos a recibir nuevos miembros y sin límite temporal, los procesos por los que atraviesan sus integrantes no son simultáneos. Esto no implica que carezca de interés estudiar la evolución del clima o cohesión en un grupo, sino al contrario, es especialmente interesante conocer si a pesar de la rotación de integrantes un grupo, éste puede tener un clima relativamente estable que lo caracterice.

El hecho que la cohesión pueda ser estimulada por los líderes, implica que sería posible enfatizar esta habilidad en la formación de los coordinadores de grupo, con la precaución de incentivarla también en las familias en general durante la formación que reciben en la educación continua, así como en las actividades de difusión.

La reciente investigación de Kivlighan, London y Miles (2012) aporta nueva información relevante, al considerar el efecto del tamaño del grupo y la presencia de uno o dos líderes sobre el clima, ya que la recomendación de utilizar un co-líder en el proceso terapéutico es bastante frecuente y está asociada a mejores resultados (Yalom, 2005). Los resultados obtenidos por Kivlighan et al. (2012) sugieren que el tamaño del grupo afecta de manera diferente en caso de existir más de un líder. De esta manera, en los grupos con un solo líder el tamaño estaba positivamente relacionado con el conflicto y negativamente relacionado con la participación en el grupo. No obstante, en los grupos con dos líderes el tamaño estaba relacionado negativamente con la evitación y positivamente con la participación dentro del grupo. Adicionalmente, los sujetos que participaron en los grupos con dos líderes informaron significativamente mejores resultados. Al parecer un liderazgo compartido o menos centralizado, permite mayor

flexibilidad para aumentar el tamaño del grupo. Es posible que ésta obtención de mejores resultados, al descentralizar el liderazgo del grupo, pueda ser aplicable a los grupos de autoayuda. En estos últimos, se esperaría precisamente que el liderazgo no fuese centralizado puesto que se supone que el coordinador no es directivo. Por otra parte, la mayor facilidad para hablar espontáneamente en las sesiones de grupo podría permitir que los líderes naturales del grupo puedan surgir y expresarse. Es necesario recordar que en un grupo de autoayuda tradicional se considera 12 personas como un número aceptable. Aunque en el caso de los grupos multifamiliares se considera 12 familias.

Bakali, Wilberg, Hagtvet y Lorentzen (2010) encontraron que el efecto de la variabilidad de las características de los pacientes era más importante a lo largo de todo el proceso terapéutico, que la variabilidad de las características del líder de grupo o que la variabilidad del grupo mismo, tanto sobre la cohesión como sobre la alianza terapéutica grupal.

Illing, Tasca, Balfour y Bissada (2011) encontraron que el estilo de vínculo de pacientes hospitalizadas por trastornos alimenticios, afectaba su percepción del clima grupal en la primera sesión. De todas formas, el compromiso aumentaba a lo largo de las semanas de tratamiento y la evitación disminuía. Además, el compromiso estuvo asociado significativamente con los resultados terapéuticos. Harel, Shechtman y Cutrona (2011) en el contexto no clínico de grupos de counseling con estudiantes, también encontraron que el estilo de vínculo de las personas afecta el clima grupal, aunque ellos no incluyeron los resultados en análisis.

Burlingame et al. (2011a), a partir de su meta-análisis, proponen un modelo de cohesión que considera dos factores estructurales y tres de calidad de las relaciones. Entre los primeros se considera la relación miembro-miembro y miembro-líder. Entre los segundos se considera el vínculo positivo, el trabajo positivo y las relaciones negativas. Ellos consideran que las investigaciones revisadas pueden agruparse en estos factores. No obstante, es fácil ver como los factores de “calidad” pueden ser equivalentes a cohesión social (vínculo positivo) cohesión de tarea (trabajo positivo) y conflicto (vínculo negativo). En este sentido no supondría una aportación novedosa.

Por otra parte, si prestamos atención al aspecto estructural, podemos observar que se excluye la relación miembro-grupo, que debería ser esencial para comprender la dinámica grupal. Ahora bien, estos autores reconocen que ésta ha sido una dimensión estructural elusiva (Burlingame et al, 2011a). Sin embargo, parece poco claro dejar la relación miembro-líder dentro de la cohesión, toda vez que el liderazgo puede ser abordado como una variable o dimensión paralela (aunque esté indiscutiblemente ligada a la cohesión), por tanto, consideramos que separarla aportaría mayor claridad. La dimensión miembro-miembro parece poco clara desde su denominación, puesto que parece referirse a la relación de cada miembro con el resto de los miembros de manera individual, cuando no es así.

No se ha prestado atención a la relación entre cada miembro y el grupo (miembro-grupo) desde el punto de vista de lo que se aporta y lo que se recibe del grupo, hasta donde el autor de esta investigación ha podido averiguar. Si bien Harel y Schechtman (2010, citados por Harel et al., 2011) han investigado desde el punto de vista del apoyo social que se da y se recibe en un grupo por parte de los participantes, utilizando escalas de observación objetiva. Ellos se basan en el argumento de Sarason y Sarason (2009) quienes sugieren que el aportar apoyo social es tan importante como recibirlo, puesto que permite incrementar la valoración personal de quien entrega, no beneficiando exclusivamente a quien recibe. Además, este intercambio es especialmente relevante tanto en grupos de psicoterapia como en grupos de counseling según estos autores, considerando que se reconoce ampliamente que el apoyo social en estos escenarios está relacionado significativamente con la efectividad (Burlingame, Fuhrman & Johnson, 2004; Yalom, 2005). Sin embargo, desde el punto de vista de los grupos de autoayuda, además del papel que juega el apoyo social, el mismo *principio terapéutico del ayudador* propuesto por Riessman (1965), es una clave de la necesidad de prestar atención a este intercambio entre lo que se da y lo que se recibe del grupo. Por ello, si bien esta interacción puede ser considerada importante en cualquier grupo, lo es más si cabe, para los grupos de autoayuda.

Otro aspecto interesante a considerar, es la imagen prototípica del grupo, en el sentido de cómo cada miembro valora al grupo, puesto que percibir que un grupo funciona bien o es acogedor, no implica que sus integrantes consideren que ellos se benefician de éste o que sientan interés por participar dentro del mismo. Además de la propia experiencia

del autor de esta tesis en la colaboración con grupos de autoayuda, que precisamente va en ese sentido, es útil conocer la visión desde la psicoterapia de grupo de Yalom (2000), quien refiere que es necesario diferenciar entre el sentimiento de pertenencia individual y la valoración que se hace sobre el funcionamiento del grupo.

#### **4. Investigación de clima social y/o cohesión en grupos de autoayuda.**

Se ha prestado poca atención al estudio de la cohesión y el clima social en grupos de autoayuda. La falta de una delimitación clara entre ambos conceptos también se aplica al área de los grupos terapéuticos.

Toro, Rappaport y Seidman (1987) compararon el clima social de grupos de psicoterapia y grupos de autoayuda, utilizando el GES de Moos (1986) y concluyen que los participantes de los grupos de autoayuda perciben a sus líderes como más activos, a sus grupos como más cohesionados, más orientados a la tarea y promoviendo una mayor independencia de sus miembros.

Montgomery, Miller y Tonigan (1993), utilizando el GES, compararon tres grupos de autoayuda de AA, encontrando que difieren en su percepción de la cohesividad y la agresividad. Tonigan, Ashcroft y Miller (1995), realizando un seguimiento del estudio anterior, concluyen que los grupos que perciben una mayor cohesión tienden a poner más en práctica los pasos de AA. En concordancia con lo anterior, Sandoz y Dupuis (1998) encuentran que las conductas prescritas por AA estaban asociadas a los temas abordados en las sesiones de grupo, lo que podría explicar en parte porque una asistencia más frecuente se asociaría a una mayor práctica de los pasos.

Muy recientemente Rice y Tonigan (2012) han estudiado la cohesión en los grupos de autoayuda de AA, dentro de un estudio más amplio, utilizando la subescala de *Cohesión* del GES. Sus resultados apoyan que una mayor cohesión predice una mayor asistencia a los grupos, una mayor práctica de las actividades recomendadas por AA y los usuarios refieren una utilidad mayor de la participación en los grupos. Por otra parte, encuentran

que un sentimiento de pertenencia predice un compromiso mayor con el grupo y consecuentemente una mayor asistencia a los grupos.

Consideramos necesario destacar algunos aspectos metodológicos de ésta última investigación para poner de manifiesto las diferencias con el presente estudio. En primer lugar, Rice y Tonigan (2012) utilizan una aplicación individual, extensa y no inmediata de la evaluación. Es decir, aplican el GES, pero junto con otros catorce instrumentos de auto-reporte en sesiones individuales con los sujetos elegidos de los grupos, en periodos no coincidentes necesariamente con el día de reunión. Además, aplicaron los instrumentos cuatro veces, con un plazo de tres meses entre cada una de ellas.

Coincidimos con lo apropiado de realizar sucesivas aplicaciones, aunque consideramos que en éste estudio el plazo entre ellas es demasiado amplio. Sin embargo, nuestros mayores desacuerdos se refieren al resto de los aspectos mencionados. Seleccionar algunos sujetos, dejando fuera otros que participan en el grupo, impide realmente conocer la cohesión grupal, limitándose simplemente a percepciones individuales, que ni siquiera permiten una agregación estadística, aún con las limitaciones que ésta pueda tener. Por otra parte, no realizar la aplicación inmediatamente después de finalizar la sesión, impide captar con mayor precisión el clima en esa sesión. Aplicarlo conjuntamente con otros instrumentos, si bien permite recoger más información, puede producir fatiga en los participantes. Además, el GES en sí mismo es un instrumento extenso, de 90 ítems, y como hemos mencionado no ésta diseñado explícitamente para grupos de autoayuda.

Si bien nuestro estudio fue concebido y diseñado con anterioridad a la publicación de estos autores, no es menos cierto que considerar la investigación de Rice y Tonigan (2012) deja patente los desafíos que supone la evaluación de éstos grupos y nos permite insistir sobre la necesidad de cambiar la forma en que se evalúa el clima social en los grupos de autoayuda actualmente.

## **5. Evaluación de la cohesión y el clima en grupos de psicoterapia**

Burlingame, McClendon y Alonso (2011b) recopilan los siete instrumentos más utilizados para medir ambos conceptos, aunque ellos prefieren denominarlo cohesión:

1. Group Climate Questionnaire (GCQ; MacKenzie, 1981, 1983)
2. Group Atmosphere Scale (GAS; Silbergeld et al., 1975)
3. Feelings about group (Lieberman, Yalom & Miles, 1973)
4. Gross (1957) Cohesion Scale Revised (Lieberman et al., 1973)
5. Group Cohesion (Piper et al., 1983)
6. Group Environment Scale GES; Moos, 1986; Moos & Humphrey, 1974)
7. Group Attitude Scale (Evans & Jarvis, 1986)
8. Group cohesion questionnaire (GCQ23: van Andel et al., 2003; Trijsburg et al., 2004).
9. Harvard Group Cohesiveness Scale (Budman et al., 1987, 1989)

La mayoría de ellos son autoinformes, con excepción del último. Los utilizados con más frecuencia en las investigaciones más recientes son el de Moos (1986) y el de MacKenzie (1981; 1983).

### **5.1 Instrumentos más utilizados para medir clima social.**

#### ***Escala de clima social (Group environment scale)***

La aportación de Rudolph Moos a la evaluación de un amplio espectro de climas sociales es sobradamente conocida. Su repertorio cuenta con instrumentos para medir clima social familiar, clima escolar, clima en grupos de trabajo e incluso clima en instituciones penitenciarias (Insel & Moos, 1974; Moos, 1979; Moos & Humphrey, 1974; Moos, Moos & Trickett, 1974/1995).

La concepción de Moos y colaboradores se enmarca un modelo ecológico social, aunque no tiene ninguna relación directa con el PEM. Moos (1976) denomina a su modelo ecológico para destacar que incluye el ambiente social y el ambiente físico, puesto que sostiene que deben ser considerados conjuntamente. El ambiente social



incluye al clima social como uno de sus componentes (Insel & Moos, 1974; Moos, 1979; Moos & Humphrey, 1974). El clima social sería como la personalidad del ambiente en que las personas interactúan, que puede variar según los integrantes de cada grupo, organización, ciudad, etc. En este sentido, podría suponerse que es una definición dinámica, y lo es en cuanto los elementos del modelo interactúan hasta cierto punto entre sí. Además, el clima afectaría la conducta y esta finalmente afectaría al medio. No obstante, el clima es también considerado como las “presiones” ambientales que ejercen influencia en los individuos para actuar de una determinada manera, por tanto las personas tendrían un rol pasivo. Según Kiritz y Moos (1974) la interacción se ejemplificaría:

- 1) Cuando dos personas con el mismo ambiente social perciban diferentes niveles en las mismas dimensiones (del instrumento).
- 2) Cuando dos personas con similares percepciones presenten diferentes respuestas afectivas o adaptativas.

En consecuencia, la interacción no es en el momento mismo en que se genera el clima social, sino una consecuencia que puede retroalimentar el sistema. La idea de “presiones” ambientales es compartida también por la conceptualización de MacKenzie (1981). Luego, para ambos autores el clima es algo que les “sucede” a las personas.

En palabras de Moos y Trickett (1974): “...de la descripción de las características que los individuos hacen de su ambiente puede obtenerse una medida de clima ambiental, y este clima ambiental ejerce a su vez una influencia diferencial sobre la conducta” (p. 1).

Puede observarse que Moos y colaboradores prestan más atención a proponer un modelo amplio de ambiente social que a presentar una definición integrada y precisa del clima social con todos los elementos que mencionan a lo largo de su obra (personalidad, presiones, interacción). Luego, dependiendo de los elementos a los que prestemos atención, podríamos considerar que es una definición más o menos dinámica, aunque es bastante claro que lo que se mide es lo que las personas perciben que reciben de su ambiente y no lo que ellas perciban aportar.

Consideramos preciso señalar que esta ausencia de una definición integrada de clima resta claridad y puede cuestionar hasta cierto punto el instrumento de Moos, aunque éste

presente dimensiones útiles y buenas propiedades estadísticas. Sin una definición clara no es posible saber qué es exactamente lo que se está midiendo, aunque “eso” tenga dimensiones y puedan establecerse relaciones de éstas entre sí y con otras variables.

En todo caso, Moos y colaboradores también han generado un instrumento, el GES (Group Environment Scale), que sirve para medir clima social en grupos (Moos & Humphrey, 1974, Moos, 1994). Si bien es cierto que no es su instrumento más utilizado, y que además no es específico para grupos de autoayuda, sino que está diseñado para un amplio espectro de grupos, incluidos grupos orientados a la tarea, grupos sociales, grupos de ocio, grupos de psicoterapia y grupos de apoyo.

El GES consta de 90 ítems de opción verdadero o falso, que miden 10 dimensiones: 1) cohesión, 2) apoyo del líder, 3) expresividad, 4) independencia, 5) orientación a la tarea, 6) auto-descubrimiento, 7) ira y agresión 8) orden y organización, 9) control del líder, e 10) innovación.

### ***Dimensiones del GES***

Moos (1994) agrupa estas diez dimensiones en tres componentes:

- ***Relaciones personales:***

*Cohesión:* los miembros se involucran en y se comprometen con el grupo y las relaciones amistosas que demuestran los unos por los otros.

*Apoyo del líder:* La cantidad de ayuda, preocupación y amistad que el líder muestra por los miembros del grupo.

*Expresividad:* libertad de acción y de expresión de sentimientos es favorecida por el grupo.

- ***Crecimiento personal:***

*Independencia:* en qué medida el grupo alienta la independencia de acción y expresión entre sus miembros.

*Orientación a la tarea:* el énfasis sobre la realización concreta, las tareas prácticas, y en la toma de decisiones y la formación.

*Auto-descubrimiento:* en qué medida el grupo alienta a los miembros en la discusión de sus problemas personales.

*Ira y agresividad:* La medida en que se genera la expresión de ira y desacuerdo en el grupo.

- ***Mantenimiento y cambio del sistema.***

*Orden y organización:* La formalidad y estructura del grupo, y lo claras que están las reglas y sanciones del grupo.

*Control del líder:* la medida en que el líder dirige el grupo, toma decisiones y hace cumplir las reglas.

*Innovación:* La medida en que el grupo promueve la diversidad y el cambio en su propio funcionamiento y actividades.

Aunque el propio autor agrupa estas variables en tres factores principales (relaciones personales, crecimiento personal y mantenimiento-cambio del sistema), la variabilidad de los resultados obtenidos en diferentes investigaciones, sugieren que la interpretación de los resultados obtenidos con este instrumento debe realizarse con cautela, puesto que la forma en que estas variables se agrupan factorialmente es afectada por el tipo de población a la que se le aplique el instrumento. Por otro lado, los resultados de diversas investigaciones muestran que es un instrumento fiable (Wilson et al., 2008).

El considerable monto de tiempo que puede suponer responder los 90 ítems de este instrumento, y la falta de gradiente en las respuestas, al ser estas de verdadero o falso, han llevado a Wilson et al. (2008) a proponer el IGES (Intervention GES), que sobre la base del GES original reduce el número de ítems a 25 y permite una puntuación en escala Likert, además de ampliar el tipo de grupos a los que es aplicable, incluyendo cualquier grupo de intervención comunitaria. De todas maneras, lo inespecífico de este cuestionario en relación a los grupos de autoayuda, y la limitación que presentan sus propios ítems, algunos de los cuales enfatizan aspectos que sólo pueden encontrarse en grupos con una duración temporal breve (12 sesiones por ejemplo), hacen poco recomendable su aplicación a grupos de autoayuda en los que no hay límite temporal de inicio y término, y sobre todo, donde los integrantes no necesariamente inician el proceso al mismo tiempo. De esta manera preguntas como “las actividades del grupo son planeadas cuidadosamente cada sesión” y “los miembros del grupo vienen preparados a cada sesión” carecen de relevancia en el contexto de los grupos de autoayuda auto-gestionados, tales como los del Programa Ecológico Multifamiliar.

### ***Group Climate Questionnaire***

Otra escala, desarrollada por MacKenzie (1981, 1983), es el cuestionario de clima grupal GCQ (Group Climate Questionnaire) si bien es un instrumento más corto, está centrada en los grupos psicoterapéuticos. MacKenzie comprende el clima grupal como “las dimensiones de conducta observadas del grupo, que reflejan el impacto de las expectativas normativas” (1981; p. 287).

Para este autor el clima grupal estaría compuesto por tres componentes: 1) Compromiso, reflejado en la alianza y cohesión grupal; 2) Evitación, evidenciado en la resistencia de los miembros del grupo asumir responsabilidad en el proceso de cambio; y 3) Conflicto, reflejado en la tensión interpersonal y desconfianza (MacKenzie, 1983).

Esta escala cuenta con un formato largo (32 ítems) y uno corto (12 ítems), de respuesta tipo Likert. En concordancia con su definición, las sub-escalas y el número de ítems que las integran son: Compromiso (5 ítems), Conflicto (4 ítems) y Evitación (3 ítems) (MacKenzie, 1983). Los datos sobre su fiabilidad son buenos. No obstante, el estar diseñada específicamente para los grupos terapéuticos les resta aplicabilidad a los grupos de autoayuda.

Un aspecto interesante respecto al GCQ es que la sub-escala de Conflicto se ha encontrado relacionada negativamente con la mejora sintomática, así como la de Compromiso se ha encontrado relacionada positivamente con la satisfacción con el tratamiento, en pacientes depresivos (Crowe & Grenyer, 2008).



## **PARTE V:**

# **Modelo de evaluación**



## **XII. LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.**

Considerando que el objetivo de la tesis (el desarrollo instrumentos de evaluación del clima social) se encuentra enmarcado dentro de un proceso más amplio de evaluación de toda la organización de autoayuda en la que ese encuentran insertos los grupos de autoayuda multifamiliares, abordaremos brevemente la evaluación de programas. Esto servirá para explicitar los aspectos que hemos tenido en consideración para la propuesta del diseño dela evaluación del PEM en su conjunto. Con todo, es inusual encontrar referencias a evaluaciones dentro de organizaciones de autoayuda, quizás por las dificultades que éstas tienen para ser evaluadas. (López-Cabanas & Chacón, 2003).

### **1. Definición de Evaluación de Programas.**

Existen innumerables definiciones de evaluación de programas, por lo que una presentación de ellas excede los límites de este trabajo, y además existen excelentes revisiones como la de Morillejo, Pozo y Martos (2008). Como señalan estos autores, la noción de juicio de valor está implícita en la gran mayoría de definiciones, aunque no es suficiente para definir el concepto. En el presente trabajo partiremos de la definición de Aguilar y Ander-Egg (1992) quienes tras de revisar muchas definiciones, distinguen diez aspectos, que tomados en conjunto constituyen su propia definición de la Evaluación de Programas:

1. Una forma de investigación social aplicada,
2. sistemática, planificada y dirigida,
3. encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable
4. datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio
5. acerca del merito y el valor
6. de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución)
7. o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán con el propósito de producir efectos y resultados concretos,
8. comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado
9. de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción,



10. para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados.

Por otra parte, Nirenberg, Brawerman y Ruiz (2000), en un contexto latinoamericano definen evaluación de programas:

*“... actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura”* (Nirenberg et al., 2000; p.33)

Es necesario aclarar que muchos autores consideran la investigación evaluativa como equivalente a la evaluación de programas (Reboloso, Fernández-Ramírez & Cantón, 2008).

## **2. Surgimiento de la evaluación de Programas.**

La evaluación de programas es una disciplina que cuenta con un conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos bien definidos. Se ha venido desarrollando en las últimas cinco décadas hasta el punto de ser una actividad profesionalmente reconocida en algunos países (Fernández-Ballesteros, 2011; Morillejo et al., 2008). Existe un auge de esta disciplina que se refleja en los datos bibliométricos, como consecuencia de su expansión y profesionalización (Kushner, 2002). Aunque su desarrollo ha sido más amplio en países angloparlantes.

Se enmarca dentro de una concepción amplia de las ciencias sociales, con el propósito de dar respuestas a las necesidades de enjuiciar ciertas decisiones políticas (públicas o privadas), siendo su finalidad mejorar el quehacer de la intervención social (Anguera, Chacón & Blanco, 2008; Fernández-Ballesteros, 2011).

Podría considerarse que la evaluación de programas se inició en los años 40/50 con la evaluación de objetivos en el campo de la educación. R. Tyler es su representante más

relevante. Su perspectiva era que un programa o intervención debía contar con unos objetivos operativos específicos y de acuerdo a ellos debía valorarse el logro/efecto de cada intervención. Ésta perspectiva se limita a constatar si los objetivos de la intervención se cumplían o no, así como el grado en que ello sucedía (Alvira, 2002), por lo que al no valorar el programa completo muchos autores la clasifican como cuasievaluaciones (Stufflebeam & Shinkfield, 1995). No obstante, la mayoría de los autores sitúa el surgimiento de la verdadera evaluación de programas en los años 60/70 (Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011) y desde entonces ha atravesado diferentes fases en su evolución. Siguiendo a Alvira (2002) y Morillejo et al. (2008) podrían considerarse tres:

La primera fase parte con en los años setenta y defiende que es posible una evaluación objetiva con métodos científicos, y encontrar relaciones causa-efecto claras entre un programa y los efectos del mismo. Campbell (Cook & Campbell, 1979) defiende la adaptación de los métodos de la investigación experimental a los escenarios de evaluación, como si la sociedad fuese de un laboratorio social enorme. No obstante, este enfoque fue objeto de diversas objeciones relativamente pronto por el fracaso en obtener resultados que justifiquen los costos y utilidad de los estudios evaluativos (Rebollosa et al., 2008). Sumado al hecho de que estas aproximaciones cuasi-experimentales no incluyen los puntos de vista de los interesados/afectados por el proceso de evaluación, como son los participantes y patrocinadores, entre otros (Kushner, 2002), lo que limita la utilización de sus resultados. Con todo ello ganan terreno las perspectivas cualitativistas, cuyos representantes no sólo están interesados en promover los valores de la justicia social, sino que lo hacen desde una perspectiva pragmática, interesándose por el uso que tendrá su trabajo (Kushner, 2002; Anguera et al., 2008).

Una segunda etapa que podría distinguirse, prioriza la búsqueda de alternativas. De esta manera se presta atención al contexto socio-político, a los promotores locales de los programas, al uso que se le da a los resultados e incluso a la utilización de métodos cualitativos, como se ha mencionado (Anguera et al., 2008).

Finalmente, se ha dado paso a una etapa que algunos autores como Fernández-Ballesteros (2011) consideran de integración, donde se han intentado compaginar diversos enfoques. Aunque otros autores como De Araújo y Vieira (2009) o Morillejo et

al. (2008) no están del todo de acuerdo. Lo que es bastante claro es que se ha generado mayor intercambio y amplitud a la hora de hacer propuestas evaluativas.

Un aspecto interesante de considerar es que en los 60-70, bajo los gobiernos de Kennedy y Johnson, se invirtieron muchos más recursos en programas sociales, lo que impulsó la evaluación de programas. No obstante, los gobiernos conservadores que continuaron, al recortar la inversión no frenaron la expansión de esta disciplina, aunque se desaceleró. De hecho, la preocupación por dar cuenta socialmente de los gastos, a la luz de algunos escándalos de malversación de fondos, puede haber sido un factor que ha facilitado más aún el desarrollo de la disciplina (Reboloso et al., 2008; Morillejo et al., 2008).

Según Vieira (2009) en los '80 se generó un cambio desde una evaluación metodológicamente orientada hacia una orientada por la teoría, puesto que una evaluación del tipo insumos/productos es insensible al medio en que se desarrolla. Éste tipo de intervención opera como una “caja negra” que no tiene en cuenta los contextos políticos, organizacionales ni culturales. Precisamente esta es la debilidad del Marco Lógico utilizado por el Banco Mundial a partir de los '70. En los últimos años ha crecido en importancia el modelo teórico que hay de fondo a un programa al considerar el proceso de evaluación. De esta manera, se presta atención a la explicación que ofrece el modelo sobre las causas del problema social y los procesos mediante los cuales el programa debería resolverlo (Medina, Pontes, Aquino & de Araújo, 2009). Por todo lo anterior, quizás esto podría considerarse como una cuarta fase en la evolución de la evaluación de programas.

H.-T. Chen (1990) considera que una teoría puede ser descriptiva, en tanto establece relaciones y explicaciones de cómo se genera un problema, pero además debe ser prescriptiva y establecer lo que es necesario hacer para generar un cambio favorable.

Actualmente existen diferentes modelos de evaluación de programas. Sin embargo, la mayoría de ellos coinciden en la necesidad de delimitar el contexto en que se da el programa, las necesidades a las que responde y los propósitos de la evaluación (Anguera et al., 2008).

El pluralismo conceptual y metodológico vigente en la actualidad es, según Vieira (2009) una consecuencia de los diversos campos sociales en los que la evaluación de programas está inmersa. Ciertamente hay múltiples definiciones y enfoques, y cada autor parece ofrecer el suyo propio o la reformulación de algún modelo anterior.

### **3. Definición de programa.**

Es preciso delimitar que se entiende por programa para poder seguir analizando el proceso de evaluación. Sin pretender abarcar la mirada de definiciones existentes, tanto Fernández-Ballesteros (2011), como Morillejo et al. (2008) destacan la definición de Fink (1993), quien lo entiende como:

“los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos pre-planificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica” (Fink,1993, p. 2)

El énfasis en la sistematización y la planificación son los dos ejes esenciales de ésta definición, los cuales son esenciales para comprender lo que es un programa.

Actualmente cuenta con bastante aceptación la clásica definición de Fernández-Ballesteros (1992):

“Conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas” (p. 477).

Morillejo et al. (2008) sitúan el programa en un nivel de generalidad intermedio entre las políticas sociales y las acciones concretas. De esta manera, el nivel más amplio sería la política social, luego vendría el plan, constituido por un conjunto de programas, luego vendría el programa, constituido por un conjunto de subprogramas o proyectos, y finalmente las acciones concretas. Este marco es similar al que ofrecen Fernández-Ballesteros (2011) y otros autores (Reboloso et al., 2008; Nirenberg et al., 2000).

En concordancia con las definiciones mencionadas, es necesario aclarar que el Programa Ecológico Multifamiliar se puede comprender mejor teniendo presente que su

nombre es polisémico. En primer lugar y de forma evidente corresponde a la puesta en marcha del Modelo Ecológico Multifamiliar, que ha sido descrito anteriormente. Por otra parte, es un programa social. No obstante, además los usuarios y familias que participan de éste, identifican su organización de autoayuda con ese mismo nombre.

A pesar de que podría entenderse que el tránsito lógico que debe seguir un programa va desde que se origina en una política social hasta que se llega a las actividades más concretas, es necesario aclarar que éste programa no lo hace así, no siendo tampoco un hecho excepcional. Como puede observarse en el relato de su historia en Chile, el PEM no fue producto de una política social. Sus fondos no han sido aportados por una misma fuente de forma estable, a diferencia de la constancia que pueda tener la ACRI con el modelo italiano del mismo programa. Los recursos han sido obtenidos históricamente por una larguísima serie de postulaciones a diferentes convocatorias de subvenciones, entregadas por CONACE<sup>40</sup>, PREVIENE<sup>41</sup>, DOS<sup>42</sup>, pero también desde los municipios (ayuntamientos) locales. Las dificultades para conseguir financiamiento no han detenido su continua expansión, siendo preciso recordar el bajísimo costo que requiere y el notable trabajo de los voluntarios que lo integran. Esto agrega valor al sentido comunitario del programa que se evidencia en el compromiso de una parte de la comunidad de mantenerlo en funcionamiento.

#### **4. Volatilidad de los Programas**

Un aspecto importante, destacado por Reboloso et al. (2008) es la volatilidad de los programas sociales. Esto es un inconveniente en cuanto no siempre existe la certeza de que un programa siga ejecutándose, ya sea por falta de recursos, cambios en las decisiones políticas u otros inconvenientes. Rossi y Freeman (1989) consideran que principalmente se debe a:

- Cambios políticos que generen variaciones en los objetivos, implementación o continuidad de un programa.

---

<sup>40</sup> CONACE: Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes, Gobierno de Chile.

<sup>41</sup> PREVIENE: Organismo dependiente de CONACE, que trabaja a nivel local.

<sup>42</sup> DOS: Dirección de Organismos Sociales. Gobierno de Chile.

- Cambios en los stakeholders (los grupos afectados por el programa) de manera que se comprometa o varíe de manera importante la financiación del programa.
- Cambios en los intereses de los propios responsables de la gestión del programa (como aumentar o perder interés por un aspecto particular del mismo).
- Los resultados parciales de una evaluación pueden indicar que es necesario introducir cambios importantes e incluso dar por terminado un programa.

También es necesario tener en cuenta las tensiones que se generan al intentar articular los intereses de los diferentes implicados, lo que marca una diferencia clara entre la evaluación de programas académica y la práctica (Stake, 2006; Rebollosa et al., 2008; Kushner, 2002).

Teniendo presente estos puntos, se puede decir que el Programa Ecológico Multifamiliar ha tenido una estabilidad temporal considerable, a pesar que ha tenido ciclos de mayor o menor expansión. Esto implica que la volatilidad no es un problema en el caso del PEM, puesto que por el contrario ofrece una perspectiva bastante estable y con bastantes posibilidades de completar el proceso de evaluación, independientemente de los resultados del mismo.

Por otra parte, es particularmente interesante investigar un programa que ha resistido diferentes cambios (en la mayoría de los aspectos contextuales antes mencionados) para conocer qué es lo que lo hace estable y qué pueda ser aplicable a otros programas sociales.

## **5. El rol de las audiencias.**

Aunque puede ser considerado más adelante, se ha optado por dedicar un apartado a este punto, puesto que es de especial importancia tenerlo en cuenta en el caso del Programa Ecológico Multifamiliar.

En general, los diferentes autores le dan alguna importancia, en mayor o menor medida, a las audiencias a las que va dirigido (Alvira, 2002; Aguilar & Ander-Egg, 1992; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011; López & Pérez-Llantada, 2004; Nirenberg et al., 2000; Nirenberg, Brawerman & Ruiz, 2003; Morillejo et al. 2008; Pérez-Llantada López & Gutiérrez, 2009; Reboloso et al., 2008; Stake, 2006). No obstante, este interés no es nuevo puesto que ya se podía ver en el trabajo de Lewin (1946) y los primeros pasos de la investigación-acción. Si bien posteriormente, con el surgimiento de los enfoques denominados pluralistas (House, 1980), que buscaban generar y divulgar el mayor número de perspectivas, métodos y herramientas posibles, esto se acrecentó. En la Universidad de Cambridge se realizaron una serie de seminarios durante las décadas de los '70 y los '80. En uno de ellos, en 1972, se redactó un manifiesto que resumía sus propósitos metodológicos de estos enfoques pluralistas:

- “Ser sensibles a las necesidades y perspectivas de audiencias diferentes;
- Ser iluminativos de los complejos procesos organizativos, pedagógicos y de aprendizaje en juego;
- Ser pertinentes a las decisiones públicas y profesionales venideras, y
- Expresarse en un lenguaje que sea accesible a sus audiencias” (Simons, 1980, p. 5)

Posteriormente, surge la “evaluación democrática” con MacDonald (1977). Ésta pretende que el evaluador sea un intermediario imparcial entre los diferentes actores y su criterio de éxito es la variedad de audiencias atendidas (Kushner, 2002). Ciertamente las metodologías cualitativas tienden a conceder mayor importancia a la participación de la comunidad. Si bien por audiencias se entiende a todos los grupos que pueden participar en mayor o menor medida, que en el caso del PEM, implicaría desde las autoridades del sistema sanitario, pasando por el propio equipo de profesionales y voluntarios del programa, hasta llegar a las familias que participan en el mismo. Sin caer en un idealismo utópico sobre una comunidad uniforme y participativa, es

importante destacar el argumento de Kushner (2002) sobre que las personas no deben ser consideradas datos. Lo importante no es ver como la vida de las personas encaja en el programa, sino como el programa encaja en la vida de las personas. Este autor invita a “leer” los programas a través de la experiencia individual y de grupo de las personas, y prestar atención al significado que tienen en la vida de las personas.

Actualmente, aunque no pueda considerarse del todo superada la dicotomía entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, se tiende a aceptar la combinación de ambas estrategias si la metodología lo requiere (Nirenberg et al, 2003; Stake, 2006). En el presente caso, es precisamente ésta la situación. No es casual que el punto de partida haya sido una investigación cualitativa. El aspecto diacrónico de la comunidad (Martínez, 2006) usualmente no es considerado, ni siquiera en las definiciones de comunidad. Por diacrónico se entiende la historia y el devenir de esa comunidad. Es claro que el Programa Ecológico Multifamiliar ha desarrollado una historia que sus miembros comparten, en mayor o menor medida. Por ende, es importante que ese aspecto se recoja en la evaluación del programa. Además, para que la evaluación sea útil y tenga mayores posibilidades de ser utilizada, es importante que las familias usuarias del programa se sientan consideradas en los distintos procesos de la evaluación. Un enfoque cualitativo es necesario para abarcar este aspecto diacrónico. En suma, se quiere destacar la necesidad complementar los datos obtenidos cuantitativamente con la riqueza proveniente de lo cualitativo.

Incluir a las audiencias en las evaluaciones tiene en primer término un valor pragmático, en tanto que incorporar a todos los actores en mayor medida, tiende a mejorar los resultados (Stake, 2006). Por otra parte, la inclusión de las audiencias es un imperativo ético, puesto que la intervención les afecta, están en su derecho de participar de la evaluación.

Es necesario mencionar que aunque muchas veces la evaluación participativa puede surgir como una alternativa viable y deseable, esta no garantiza necesariamente un proceso evaluativo mejor. Tal y como señala Alvira (2002). No es sencillo que las partes posiblemente interesadas en la evaluación lleguen a un acuerdo, porque muchas veces sus intereses pueden entrar en conflicto. Tampoco es fácil encontrar un mecanismo de representación adecuada. Asimismo, aunque es deseable, no se debe dar



por descontado que los interesados van a estar de acuerdo con los resultados, aunque hayan participado del proceso. Finalmente, tampoco se puede asumir que por haber sido participativa la evaluación, los resultados tengan más posibilidades de utilizarse en la toma de decisiones.

Adicionalmente, es necesario plantearse en qué medida la evaluación es en sí misma una intervención. En este caso promover una evaluación del PEM tiene el germen tanto de una reflexión constructiva como del conflicto.

## **6. Tipos de evaluación.**

Antes de presentar un esquema de los pasos para realizar una evaluación, es conveniente conocer los diferentes tipos. En términos clásicos se suele distinguir al menos cuatro criterios de clasificación (Alvira, 2002; Aguilar & Ander-Egg, 1992; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011; López & Pérez-Llantada, 2004; Nirenberg et al., 2000; Nirenberg et al., 2003; Morillejo et al., 2008; Pérez-Llantada et al., 2009; Reboloso et al., 2008).

### **6.1 Según la función que cumple.**

Aunque Cronbach (1963) consideraba que no tiene sentido distinguir entre evaluación *formativa* y *sumativa*, ya que el fin último de toda evaluación debe ser formativo, ésta es una diferenciación útil. Se considera *formativa* si se realiza con el objetivo de introducir mejoras en el funcionamiento del programa. También es denominada monitorización. Por otra parte, se considera *sumativa* si se realiza una vez finalizado el programa, para comprobar la eficacia del mismo. No obstante, Nirenberg et al. (2000; 2003) consideran que *sumativa* es una traducción inadecuada del inglés y que el realidad este tipo debería denominarse “de resumen”, puesto que es eso lo que pretende, presentar un resumen de lo que se ha hecho.

La evaluación que se propone sobre el Programa Ecológico Multifamiliar puede considerarse *formativa*, en tanto que puede servir para brindar una retroalimentación útil a los miembros del programa que permita introducir mejoras en el funcionamiento del mismo. A la vez puede considerarse *sumativa*, en tanto permitirá conocer los resultados que se obtienen y el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, si se consideran

los plazos que se marcan en los objetivos. Ciertamente muchos autores consideran actualmente que ambos tipos de evaluación son complementarias. Especialmente si se considera el “ciclo de intervención social” propuesto la mayoría de los autores que abordan el tema, como puede revisarse en Morillejo et al. (2008), de acuerdo al cual una intervención social al finalizar permite el comienzo de otra, proponiéndose más o menos fases de acuerdo al autor que se siga. Aplicando ésta idea, constantemente el Programa Ecológico Multifamiliar está siendo implementado desde el principio en alguna localidad de Chile. Esto implica que permanentemente se están abriendo nuevos grupos de autoayuda, si bien no todos prosperan en la misma medida.

## **6.2 Según el momento en que se evalúa**

Según el momento en el que se evalúa se distingue entre evaluación ex-ante, durante y ex-post (Alvira, 2002; Aguilar & Ander-Egg, 1992; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011; López & Pérez-Llantada, 2004; Nirenberg et al., 2000; Nirenberg et al., 2003; Morillejo et al., 2008; Pérez-Llantada et al., 2009; Reboloso et al., 2008; Stake, 2004). En la primera se procura establecer la pertinencia, viabilidad y eficacia potencial del programa antes de su realización. La evaluación *durante* (denominada también de “gestión” o concurrente) se realiza a la par de la implementación o ejecución del programa, suministrando información sobre la marcha del mismo. Su propósito básico es ver qué medidas se están cumpliendo de acuerdo a la propuesta original y de qué manera lo están haciendo. Ésta es la evaluación que puede observarse más claramente en todos los lugares en que se encuentra funcionando el PEM.

La evaluación ex-post es aquella que se realiza cuando el programa ha alcanzado su pleno desarrollo, lo que puede tomar meses o años incluso después de su puesta en marcha. No debe confundirse con la evaluación inmediata de fin de proyecto. Es un tipo de evaluación de resultados que habitualmente sirve para conocer cuándo y cómo ha cambiado la situación inicial o cuando se han logrado los objetivos. Ahora bien, este tipo de evaluación no es aplicable en este caso al PEM. Esto es debido a que el PEM no tiene una limitación temporal para ejecutarse, por su propia definición del problema que aborda. Constantemente está en ejecución, puesto que precisamente pretende ser un recurso permanente para la comunidad. Del mismo modo, los usuarios no pueden compararse a los de un programa de intervención social en salud habitual, puesto que no

se parte con una cantidad fija y estable de usuarios. Ahora bien, esto no implica que los efectos a largo plazo no puedan ser conocidos si se encuentran los indicadores adecuados.

### **6.3 Según los aspectos del programa que son objeto de evaluación**

No todos los autores están de acuerdo sobre los aspectos del programa que pueden evaluarse (Alvira, 2002; Aguilar & Ander-Egg, 1992; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011; López & Pérez-Llantada, 2004; Nirenberg et al., 2000; Nirenberg et al., 2003; Morillejo et al. 2008; Pérez-Llantada et al, 2009; Reboloso et al., 2008; Stake, 2004). Algunos dejan fuera de la evaluación de programas, la evaluación del diseño. No obstante, Fernández-Ballesteros (1996) tras de una revisión amplia, propone diferenciar los siguientes aspectos evaluables:

- Conceptualización y diseño del programa
- Funcionamiento o implementación
- Efecto sobre la sociedad
- Resultados propios del programa
- Consideración de costes y beneficios

En el diseño de evaluación del PEM que propondremos abordaremos parcialmente estos aspectos, en tanto sean necesarios para enmarcar una propuesta de evaluación dentro de la cual esta inscrita la elaboración de los instrumentos para medir clima social en los grupos de autoayuda multifamiliares. Aunque no abordaremos el aspecto de los costes y beneficios.

### **6.4 Según la procedencia de los evaluadores**

Los evaluadores pueden ser de procedencia interna, externa o mixta. Cuando la procedencia es interna, los evaluadores pertenecen a la institución o están vinculados a ella. Cuando la procedencia es externa, los evaluadores son ajenos a ella. En tanto que si la procedencia es mixta, provienen de ambos sectores. También puede hablarse de evaluación participativa cuando los diferentes implicados, no sólo los técnicos y profesionales, contribuyen al proceso evaluativo (Alvira, 2002; Aguilar & Ander-Egg, 1992; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011; López & Pérez-Llantada,

2004; Nirenberg et al., 2000; Nirenberg et al., 2003; Morillejo et al., 2008; Pérez-Llantada et al., 2009; Rebollosa et al., 2008; Stake, 2004).

Según Rebollosa et al. (2008) en los últimos años ha aumentado la evaluación interna de las organizaciones que trabajan con programas sociales. Su principal ventaja es que contribuye al empoderamiento tanto de los equipos de intervención, como de los participantes-beneficiarios de los mismos.

La propuesta de evaluación del PEM, que se presentará más adelante, se acerca más a una evaluación interna que externa, puesto que el autor de esta investigación tiene años de experiencia directa trabajando con el Programa Ecológico Multifamiliar y luego se ha mantenido en contacto para colaborar con diferentes actividades del mismo. Aunque lo más relevante es que el equipo de profesionales y voluntarios del programa han manifestado su deseo de participar en los procesos evaluativos que les permitan mejorar su desempeño. Por tanto, puede considerarse que es, al menos en parte, una evaluación participativa.

## **7. Características de una buena evaluación.**

El Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (s.f.) agrupa en cinco ámbitos las características que debe presentar una buena evaluación.

### **1. Normas de utilidad**

- *Credibilidad del evaluador.* El evaluador debe ser una persona cualificada para mantener la credibilidad de la evaluación.
- *Atención a las audiencias.* Se debe prestar atención a las diferentes personas y grupos que están involucrados en el programa y en consecuencia son afectados por la evaluación.
- *Fines negociados.* Los fines deben ser claramente identificables y negociados de acuerdo a las necesidades de las audiencias.
- *Valores explícitos.* Se deben explicitar los valores individuales y culturales que sustentan los propósitos, procesos y juicios de la evaluación.

- *Información Relevante.* La información que se obtenga de la evaluación debe servir tanto a las necesidades identificadas como a las emergentes de las diferentes partes involucradas.
- *Procesos y productos significativos.* Se deben construir actividades, descripciones y juicios de forma que se anime a los participantes a redescubrir, reinterpretar o revisar sus interpretaciones, conocimientos y comportamientos.
- *Oportuna y adecuada comunicación y presentación de los informes.* Debe atenderse a las necesidades de información continua de sus diferentes audiencias.
- *Preocupación por las consecuencias y la influencia* Se debe promover el uso responsable y adecuado de la evaluación, tomando medidas preventivas ante las consecuencias negativas del posible uso indebido.

## **2. Normas de viabilidad**

- *Gestión de Proyectos.* Se debe utilizar estrategias efectivas de gestión de proyectos.
- *Procedimientos prácticos.* Los procedimientos deben ser prácticos, pero a la vez sensibles a la forma en que funciona el programa evaluado.
  - *Viabilidad contextual.* Se debe reconocer, controlar y equilibrar los distintos intereses culturales y políticos y las necesidades tanto de los individuos como de los grupos.
- *Uso de Recursos.* Los recursos deben ser utilizados de manera eficaz y eficiente en las evaluaciones.

## **3. Normas de legitimidad**

- *Orientación de confianza e integradora.* Se debe responder a los intereses de los interesados y sus comunidades.
- *Acuerdos formales.* Se deben explicitar los acuerdos para dejar claras las obligaciones y tener en cuenta las necesidades, expectativas y contextos culturales de los clientes y demás grupos interesados.
- *Derechos Humanos y Respeto.* Se deben diseñar y realizar garantizando la protección de los derechos humanos y la legalidad y mantener la dignidad de los participantes y de las audiencias.

- *Claridad y Equidad.* Deben ser comprensibles y justas para atender adecuadamente las necesidades y fines de los interesados.
- *Transparencia y Divulgación.* Se debe facilitar una descripción íntegra de los objetivos, las limitaciones y las conclusiones a todos los interesados, a menos que ello violara las obligaciones legales.
- *Conflictos de Intereses.* Se deben abordar de forma honesta los conflictos de interés, reales o percibidos, que puedan comprometer la evaluación.
- *Responsabilidad Fiscal (sic).* Se debe dar cuenta de todos los recursos asignados y cumplir con los procedimientos y proceso fiscales.

#### **4. Normas de precisión**

- *Conclusiones y decisiones justificadas.* Se deben justificar las conclusiones y decisiones de la evaluación dentro de los contextos en los que tienen consecuencias.
- *Información válida.* La información obtenida a partir de la evaluación debe responder a los fines previstos y constituir la base para interpretaciones válidas.
- *Información fiable.* Se debe proporcionar información lo suficientemente fiable y consistente para los usos previstos.
- *Descripciones explícitas del programa y del contexto.* Se deben documentar los programas y sus contextos con el detalle y amplitud apropiados a los propósitos de la evaluación.
- *Gestión de la Información.* Se deben emplear métodos sistemáticos de recogida, revisión, verificación y almacenamiento de la información.
- *Diseños y análisis adecuados.* Se deben emplear diseños y análisis técnicamente adecuados y que sean consistentes con los fines de la evaluación.
- *Razonamiento explícito de la evaluación.* El razonamiento que se utilice en todo el proceso de la evaluación debe ser claro y completamente documentado.
- *Comunicación y presentación de los informes.* Se debe tener una perspectiva adecuada para la comunicación de la evaluación y evitar conceptos erróneos, prejuicios y distorsiones.

## 5. Normas de responsabilidad de la evaluación

- *Documentación de la evaluación.* Se debe documentar íntegramente los propósitos acordados, los diseños, procedimientos, datos y resultados de la evaluación.
- *Metaevaluación interna.* Se deben utilizar las normas anteriormente descritas y otras aplicables, para rendir cuentas de los procedimientos empleados, la información recopilada y los resultados obtenidos.
- *Metaevaluación externa.* Tanto los patrocinadores como los evaluadores y otras partes interesadas deben alentar la realización de metaevaluaciones externas.

## 8. Errores frecuentes en la evaluación

Vega y Ventosa (1993, citado por Anguera et al., 2008) resumen una serie de errores bastante frecuentes que conviene evitar en la práctica evaluativa. Aunque se puede encontrar una constatación similar en Aguilar y Ander-Egg (1992). Algunos de estos errores son:

- a) *Pseudoevaluaciones:* esto es cuando no se lleva a cabo una auténtica evaluación por no haberse planteado previa y claramente unos objetivos y estrategias. Asimismo se trata de pseudoevaluaciones cuando se realiza el proceso inverso, es decir, decidir por adelantado lo que se quiere que la evaluación arroje.
- b) *Identificación de la medida con la evaluación:* se incurre muchas veces en un error al confundir una evaluación con una mera cuantificación de datos. Especialmente cuando no es posible reducir a cifras la realidad que se aborda. Los datos no pueden absolutizarse porque por sí mismos son insuficientes sin una referencia al contexto en que cobran sentido. Se requiere complementar los datos cuantitativos con referencias cualitativas y una visión contextual.
- c) *Sectarismo o parcialidad:* Suele aparecer como consecuencia de los prejuicios e intereses que frecuentemente acompañan los procesos evaluativos. Es posible que el sesgo se manifieste tanto en la selección y recogida de información como en la difusión que se realice.
- d) *Subjetivismo:* se produce cuando los datos que se utilizan no cuentan con fundamentos o contextualización suficiente.

- e) *Burocratización*: Cuando la evaluación se realiza en instituciones muy normadas es muy frecuente que la rutina formal y los trámites administrativos puedan actuar como barreras frente al proceso evaluativo, retrasándolo y bloqueándolo.

## **9. El proceso de evaluación de programas.**

Existen múltiples modelos de evaluación que pueden considerarse apropiados y con diferentes grados de complejidad (Alvira, 2002; Aguilar & Ander-Egg, 1992; Anguera et al., 2008; Fernández-Ballesteros, 2011; López & Pérez-Llantada, 2004; Nirenberg et al., 2000; Nirenberg et al., 2003; Morillejo et al. 2008; Pérez-Llantada et al, 2009; Reboloso et al., 2008; Stake, 2004). En el presente trabajo se toma de referencia el proceso de evaluación propuesto por Fernández-Ballesteros (1996) para poder explicar mejor como se ha llegado a la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación en los grupos de autoayuda del PEM, a partir del interés por desarrollar en el futuro próximo una evaluación completa del mismo. Se considera necesario enmarcar estos instrumentos dentro de un modelo de evaluación general para el Programa Ecológico Multifamiliar, que permita comprender el momento y el sentido que tiene el desarrollo de estos instrumentos.

La evaluación de programas se enmarca en un proceso de toma de decisiones mediante el cual se planifica, se examina, se recogen datos y finalmente se informa sobre el valor o merito del objeto de evaluación (Fernández-Ballesteros, 2011).

Fernández-Ballesteros (1996; 2011) diferencia seis 6 etapas en este proceso:

Fase 1: Planteamiento de la evaluación

Fase 2: Selección de operaciones a observar

Fase 3: Selección del diseño de evaluación.

Fase 4: Recogida de la información

Fase 5: Análisis de datos

Fase 6: Informe

Consideraremos con más detalle las tres primeras fases, puesto que son las más relevantes para enmarcar una propuesta de evaluación del PEM. Las restantes fases serán relevantes en un futuro, si es que se decide aplicar el modelo de evaluación que propondremos en el presente trabajo.



### **Fase 1: Planteamiento de la evaluación**

Es la primera fase y en ella se deben responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Quién solicita la evaluación?
2. ¿Para qué se solicita?
3. ¿que se pretende evaluar?
4. ¿Qué obstáculos pudieran producirse durante la evaluación?
5. ¿Es posible llevar a cabo la evaluación?

En nuestro caso la evaluación no ha sido solicitada directamente por el programa, si bien el equipo de profesionales y voluntarios del programa ha mostrado mucho interés en que se investigue acerca del programa con el fin de optimizar sus prácticas. Lo que se pretende evaluar son prácticamente todos los aspectos del programa, como se presenta en el apartado de objetivos del PEM (XIII. 4), especialmente la dinámica del clima social en los grupos de autoayuda.

Los obstáculos que pueden encontrarse son varios. Primero, la informalidad propia de las organizaciones de autoayuda las hace más difíciles de evaluar. Existe una brecha entre que los participantes muestren intención de colaborar y que efectivamente colaboren. Además, como hemos mencionado los participantes van cambiando a lo largo del tiempo, por lo que sólo podemos suponer que la intención de colaboración se mantendrá estable. Segundo, es necesario contar con los recursos económicos suficientes para hacer una evaluación de los diferentes aspectos que se detallaran más adelante, en todas las regiones de Chile donde funciona el PEM. No obstante, la primera dificultad que debemos superar es el poder contar con los instrumentos adecuados para la evaluación.

Un aspecto favorable para proponer la evaluación es que los objetivos del PEM pueden ser explicitados y contrastados. Mediante el estudio cualitativo previo se ha procurado recoger las percepciones e inquietudes de las familias que participan del programa, procurando un nivel de participación adecuado de los participantes del programa en el proceso de evaluación. En dicho estudio, tanto los participantes como el equipo de voluntarios del PEM han mostrado interés en obtener herramientas de retroalimentación que les permitan mejorar sus prácticas y evaluar sus progresos. Todo ello indica que en principio la evaluación es factible.

## **Fase 2: Selección de las operaciones a observar**

Este es uno de los aspectos más relevantes de la evaluación de un programa. Las operaciones son las manifestaciones que se registran en las unidades concretas que han participado del programa, y por tanto, se supone que expresan sus efectos. (Cronbach, 1982). La selección de operaciones consiste en elegir cuales serán las variables dependientes a medir y desde qué fuente se recogerán los datos. Esto implica necesariamente el instrumento, procedimiento, técnica, test, medida o indicador con el que se medirán de estas variables. Tal como señala Cronbach (1982) se deben incluir no solo los instrumentos de medida sino que también el plan mediante el cual esas operaciones serán observadas. Ciertamente, la enorme variedad y diversidad de operaciones observables en programas sociales, educativos o de salud hace aún más difícil este aspecto, siendo preciso seleccionar las más válidas.

Con todo, es necesario responder a dos preguntas esenciales:

1 ¿cuáles son las operaciones y medidas que responden mejor a las preguntas de la evaluación?

2¿Cuáles de ellas están disponibles?

Puesto que se ha visto que no todos los instrumentos están disponibles, y en particular, no están disponibles instrumentos que evalúe el clima social en los grupos de autoayuda apropiadamente, el objetivo de la presente investigación es desarrollarlos, como ya se ha señalado. Más adelante, al presentar la propuesta de evaluación del PEM (apartado XIV), será evidente que también es preciso desarrollar otros instrumentos, pero ellos no serán objeto de esta investigación.

## **Fase 3: Selección del Diseño de evaluación**

Presentar una contextualización adecuada requiere delimitar un diseño de evaluación. Puesto que la evaluación supone una sistemática recogida de información, el diseño es una parte consustancial de la evaluación de programas. Un buen diseño es la única vía para responder preguntas esenciales.

En esta etapa es necesario responder a las siguientes preguntas:

¿Existe un diseño de evaluación establecido desde el programa?

¿Qué diseños alternativos son posibles?

¿Qué amenazas a la validez interna y externa pueden existir?

¿Qué unidades van a ser seleccionadas?

Lo primero es indagar si el programa ha previsto algún diseño de evaluación en su formulación. Para saber esto es necesario revisar los registros del programa. Aunque es lo más deseable, no es tan frecuente como se esperaría (Fernández-Ballesteros, 1996; 2011). Como ya se ha expuesto, el PEM no cuenta con un diseño de evaluación pre-establecido.

Los diseños potencialmente utilizables están determinados por la finalidad de la evaluación, los medios de los que se dispone, las características propias de las operaciones a observar y el tipo de unidad al que se ha aplicado el programa.

Las amenazas a la validez interna y externa también deben considerarse puesto que afectan a la calidad de los resultados. La validez interna hace referencia a que las relaciones establecidas entre el programa y sus resultados estén libres de otros factores intervinientes. La validez externa en cambio hace referencia a que los resultados obtenidos a partir de este programa sean generalizables a otros programas. Por razones de espacio no nos detendremos a analizarlas, aunque volveremos sobre ello en las conclusiones.

La elección de las unidades a observar responde a las necesidades de la evaluación, de esta manera pueden considerarse tanto personas como familias u otros conjuntos de personas. Por las características propias del PEM lo lógico sería considerar diferentes unidades de análisis de acuerdo a las variables que se decida implementar de la propuesta de evaluación que realizaremos. De esta manera, según sea el objetivo al que se quiere responder, las unidades de análisis serán los usuarios, los grupos o las familias.

Nosotros seguiremos la sugerencia de Medina et al. (2009), sobre que el primer paso para generar un modelo de evaluación es generar el modelo lógico del programa. Según estos mismos autores existen diferentes formas de generar un modelo lógico, con distintos niveles de complejidad, especificidad y tipos de representación visual.

Construir un modelo lógico de un programa exige examinarlo minuciosamente en términos de la constitución de sus componentes y su operativización. A la vez que identificar todas las etapas necesarias para la transformación progresiva de las actividades en objetivos y metas (Medina et al., 2009).

El modelo lógico de un programa debe considerar:

1. Los componentes del programa.
2. Los servicios relacionados y las prácticas requeridas para su ejecución.
3. Los resultados esperados, objetivos y efectos sobre la situación de salud de la población.

Tras presentar un modelo lógico el siguiente paso es presentar una matriz que relacione los componentes del mismo con los indicadores y medidas que se utilizarán en la evaluación. Esto lo desarrollaremos más adelante (apartado XIV. 4).

### **10. Características principales de los objetivos de un programa.**

Un aspecto esencial de la evaluabilidad del programa es valorar si sus objetivos son claros y adecuados o al menos pueden ser explicitados de forma clara (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004). Puesto que los objetivos del Programa Ecológico Multifamiliar no están explícitamente formulados, el proceso de extraerlos desde los planeamientos del programa debe tener como guía una correcta formulación de objetivos, pues esto permitirá que sean evaluables.

Pineault y Daveluy (1992), desde una perspectiva de salud comunitaria, presentan algunos elementos claves para una correcta presentación de los objetivos de un programa. Los criterios que se exponen a continuación, fueron los utilizados para explicitar los objetivos del PEM, los cuales se presentan en otro apartado más adelante (XIII. 4).

#### **1. Los objetivos son generadores de mensajes sobre los comportamientos y estados deseados.**

Considerando que la meta es lo que otorga una dirección al programa, el objetivo debe ser más acotado, pero evitando confundirlo con las acciones. El objetivo debe ser un enunciado donde se describen los resultados esperados.

## **2. Los objetivos son interdependientes y secuenciales.**

Esto se refiere a que el objetivo puede cubrir el conjunto del programa o una parte del mismo, dependiendo de su nivel de especificidad. Puede hablarse entonces de objetivo general, intermediario y específico. Ciertos objetivos deben alcanzarse antes que otros para que se genere el resultado deseado. Por ende, los objetivos deben seguir una cierta secuencia u orden jerárquico (Pineault & Daveluy, 1992).

Los *objetivos generales* del programa se refieren a los estados o comportamientos esperados en la población objetivo que tienen una relación directa con la meta fijada en el mismo. Considerando que el número de objetivos generales puede variar, cada uno de ellos puede dar lugar a un subprograma. A su vez estos pueden considerarse como programas.

Los *objetivos intermedios* son aquellos que se sitúan entre los objetivos generales y los específicos del programa. Corresponden a una serie de comportamientos esperados en la población objetivo, que están en relación directa con el objetivo general. No siempre es necesario contar con objetivos intermediarios.

Los *objetivos específicos* a su vez corresponden a estados o comportamientos esperados en la población objetivo que están en relación directa con un objetivo de orden inmediatamente superior, ya sea que se trate de un objetivo intermediario o general (Pineault & Daveluy, 1992).

## 11. Formulación de los objetivos del programa

Una de las mayores dificultades en la formulación de objetivos de programas de salud consiste en determinar el tipo de resultados que se espera alcanzar en términos de estados de salud o de comportamientos. Lo esencial es que dichos objetivos sean formulados de acuerdo a una secuencia jerárquica que vaya de objetivos de salud a objetivos de comportamiento o estados deseables. Por ello, se debe tener presente:

1. enunciar los objetivos de salud relacionados con indicadores sanitarios.
2. enunciar los objetivos de comportamientos o estados deseables de acuerdo a los objetivos de salud.
3. enunciar los objetivos que favorecerían, facilitarían o reforzarían los comportamientos y estados deseables.

Pineault y Daveluy (1992) recomiendan atenerse a ciertas reglas para que efectivamente sea útil la enunciación, según se trate de un objetivo general, intermediario o específico. Es necesario precisar:

1. *La naturaleza de la situación deseada*: consiste en expresar el resultado a alcanzar por el programa o por la intervención, en términos de comportamiento o estado que debería alcanzarse en la población diana.
2. *Los criterios de éxito o fracaso*: deben precisarse las normas y criterios que permitirán apreciar el grado de éxito. Esto puede hacerse en términos de porcentajes, naturaleza del efecto sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos. Así como también con costes máximos asociados al logro del objetivo, etc.
3. *La cronología para la obtención del objetivo*. Se trata de precisar el momento en el que el objetivo debería ser alcanzado, o bien la fecha en la que se realizará la evaluación o control. Esto puede variar según se trate de un objetivo general, intermediario o específico, yendo de meses hasta 15 años.
4. *La población a alcanzar por el objetivo*. Es la población que resulta de interés para el programa por las características particulares que presenta de edad, sexo, condiciones de vida, ubicación geográfica y especialmente problemática sanitaria. Es posible que la población diana del objetivo no coincida con la población sobre la que se realiza la intervención directa. También puede suceder que la población objetivo incluya personas implicadas directamente en las

actividades del programa (administradores, personal de ejecución) o grupos u organización externos al sector sanitario (medios de comunicación)

5. *El ámbito de aplicación del programa.* Es necesario delimitar tanto la zona geográfica (distrito, localidad) como el medio de vida en que se desarrolla la actividad (escuela, centro hospitalario, etc) (Pineault & Daveluy, 1992).

### **XIII.ESPECIFICACIÓN DE MODELOS Y OBJETIVOS DEL PEM.**

En este apartado presentaremos el marco de referencia para construir el modelo de evaluación de PEM. Con el fin de facilitar la comprensión, definiremos los conceptos como se comprenden en el presente trabajo, independientemente de como otros autores los utilicen.

**Modelo teórico:** Es la explicación amplia del programa sobre sus fundamentos y alcances. Describe su perspectiva tanto sobre como surge el problema como sobre los aspectos que se consideran necesarios para resolverlo.

**Modelo Operativo:** Es la forma como se supone que el programa debe funcionar al implementarse. Considera todos los elementos que deberían estar operando para que el programa se desarrolle adecuadamente (Martínez, 2006).

**Modelo de acción:** Es la forma en que el programa funciona realmente en la práctica, con las dificultades que se puedan presentar y las posibles omisiones respecto del modelo operativo e incluso la suma de elementos no contemplados en éste (Martínez, 2006).

**Modelo lógico:** Es la descripción sucinta y ordenada de los elementos principales de una intervención o programa y como estos se relacionan entre sí para lograr la meta. Para construirlo es necesario revisar todos los antecedentes que se pueda disponer sobre el programa. No es imprescindible incluir el modelo de acción si no se cuenta con éste, pero es deseable tener una visión lo más cercana a la práctica real, en el caso en que el programa a evaluar ya se encuentre en marcha.

**Modelo de evaluación:** Es la forma en que se planifica evaluar los procesos y objetivos del programa, definiendo los instrumentos o indicadores que se utilizaran, así como los plazos en que deben considerarse de acuerdo a los objetivos.



## **1. Orden de presentación**

El modelo teórico del PEM corresponde a la explicación amplia sobre los fundamentos del mismo, y el modelo operativo corresponde a la explicación de sus segmentos y como estos deberían funcionar. Ambos ya se han presentado en los apartados anteriores.

El modelo de acción no se ha presentado aún, por lo que se presentará a continuación. Posteriormente presentaremos el modelo lógico que proponemos para el PEM. Siguiendo a Medina et al. (2009) consideramos que el modelo lógico facilita la evaluación de un programa. Una vez delimitado el modelo lógico, presentaremos los objetivos del PEM, que hemos explicitado siguiendo los criterios de Pinealut y Daveluy (1992), sobre la base de toda la información que contamos acerca de este programa.

Finalmente presentaremos la integración entre modelo lógico y objetivos, que constituyen la base del modelo de evaluación. Todo lo cual facilitará la comprensión sobre la necesidad y la utilidad de contar con los instrumentos de evaluación de clima social.

El *modelo de acción* se obtuvo en el estudio de J. A. Flores (2008). Es necesario advertir que consideraremos a este modelo sólo como una referencia, puesto que tiene al menos dos limitaciones. Primero, fue construido sobre la base del funcionamiento del PEM cuando todavía se encontraba funcionando en la Unidad de dependencias (UDD) del Complejo Hospitalario Barros Luco Trudeau (CHBT). Ahora bien, la dinámica propia de los procesos sociales ha hecho que actualmente algunas prácticas del PEM sean un tanto diferentes al no contar con ese espacio para centralizar su funcionamiento. Segundo, el modelo de acción fue construido a partir de la realidad de Santiago de Chile, sin considerar otras regiones, lo que se debió a restricciones de recursos. Por tanto, tampoco responde a todas las variaciones que pudiesen manifestarse.

A pesar de todo lo anterior, consideramos que es necesario presentar este modelo puesto que es una visión más cercana a la realidad de como se ha desarrollado el PEM en la práctica y la mayor parte del modelo de acción es razonablemente generalizable. Por tanto, nos permite una mejor comprensión de como las familias transitan a lo largo del PEM.






Otra utilidad de presentar éste modelo es tener una visión completa del PEM, puesto que junto con los modelos teórico y operativo, el modelo de acción completa la información desde la que se deriva el modelo lógico.

## **2. Modelo de Acción del Programa Ecológico Multifamiliar**







Debido a la complejidad del modelo de acción, éste se presentará de manera secuencial para facilitar su comprensión. En primer lugar aparece el transito de la familia en el PEM, en segundo lugar se muestra el surgimiento y dinámica de los voluntarios y en tercer lugar se puede observar el rol de los profesionales del PEM y de los externos a éste. Finalmente se presenta el modelo con todos estos elementos integrados. Los recuadros que están escritos en color gris corresponden a elementos que son menos visibles dentro del discurso de los participantes, en base al cual está construido el modelo de acción, por lo que permiten apreciar la diferencia con el modelo operativo. En cada una de las presentaciones se conserva la totalidad del modelo de acción, pero sólo se conectan los elementos correspondientes a esa presentación parcial. A continuación se explica la simbología utilizada.

### **Simbología**

#### Colores

	Derivación común para las familias
	Dinámica en relación a los voluntarios
	Dinámica en relación a los profesionales del programa
	Dinámica en relación a los profesionales externos al programa
	Regreso al punto de partida

## Tipo

-  Proceso de evolución normal de acuerdo al color
-  Un resultado del proceso que es posible, pero no seguro
-  No es continuo
-  Es paralelo al resto del proceso
-  Es muy poco frecuente
-  Corresponde tanto a usuarios, voluntarios como profesionales del programa

## Itinerario de la Familia en el Programa Ecológico Multifamiliar

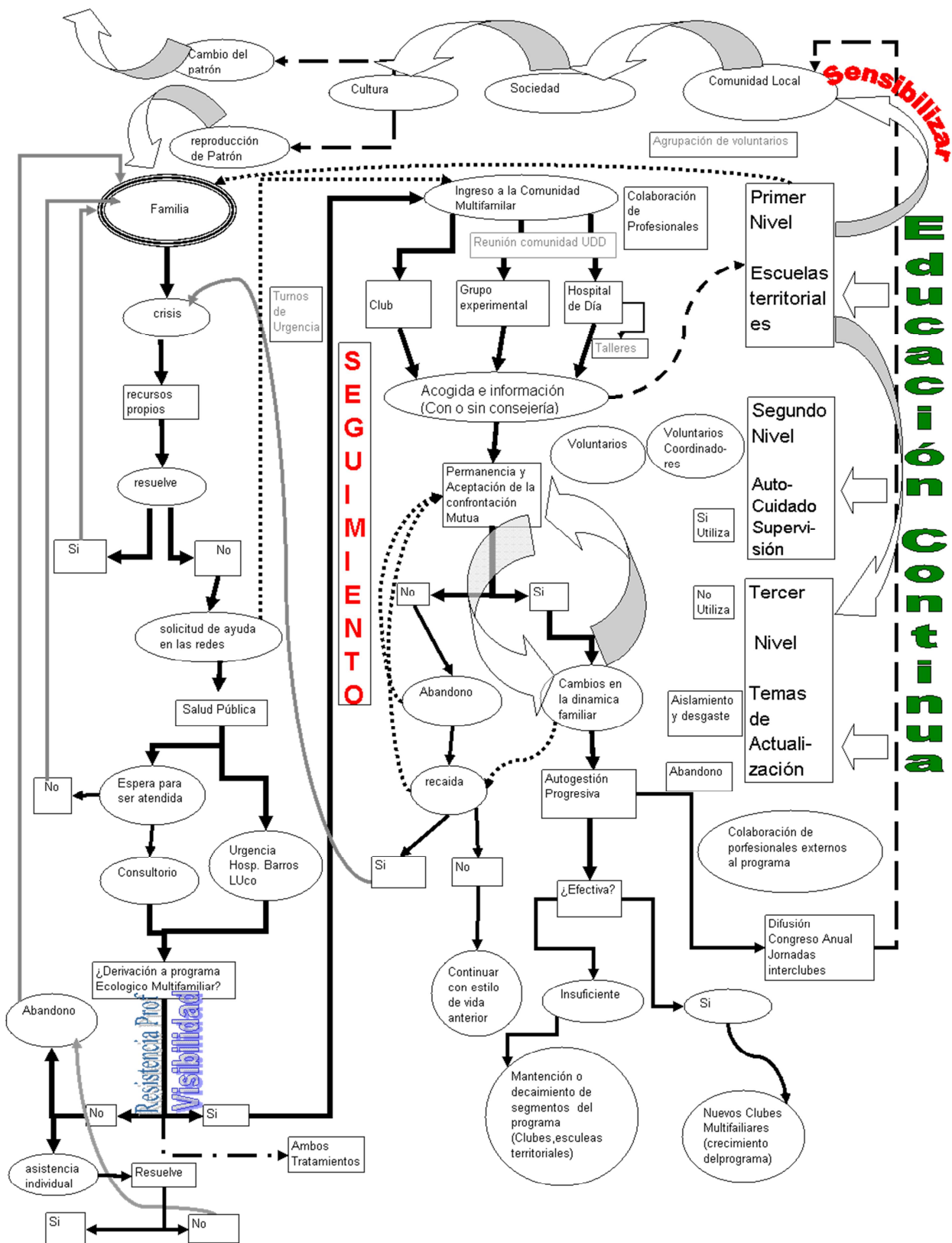


Figura 1. Itinerario de la familia en el PEM (J.A. Flores, 2008).

### ***Explicación de la llegada de la familia al programa multifamiliar.***

La explicación del modelo comienza en la familia, que es la unidad de trabajo del PEM. Cuando una familia experimenta problemas relacionados con el alcohol u otras drogas y entra en crisis, lo primero que sucede es que intenta resolverlo con sus propios recursos. Si logra hacerlo, entonces vuelve al punto de partida, pero si la crisis es tan grave que no logra resolverla entonces acude a sus redes de apoyo. En este punto existe la posibilidad de que conozca la existencia del PEM y por lo tanto llegue a éste, aunque esto es poco frecuente. La red de salud es otra posibilidad de ayuda que puede emplear. En dicho caso, hay dos posibilidades básicas con las que se encuentra. Si la crisis está en su punto máximo o agudo, entonces va a llegar al servicio de urgencia del hospital que corresponda a su área (se considera el CHBLT por ser el servicio de urgencia que más posibilidades reales tiene de derivar usuarios al programa, al derivar a la Unidad de Dependencias de su mismo recinto hospitalario). Si la crisis ha pasado su punto máximo entonces es posible que acuda a la salud primaria en su consultorio más cercano. En este caso, tendrá primero que esperar para ser atendida y existe la posibilidad de que no espere y vuelva al punto de inicio, hasta que surja otra crisis que si consideren tan importante como para esperar su hora de atención. Una vez que la familia ingresa por cualquiera de estas dos opciones, se genera la posibilidad de ser derivada al PEM, pero opción está condicionada por dos factores: la resistencia profesional y la falta de visibilidad del programa, que interactúan entre sí. Si no es derivada al programa la familia puede ser derivada a psicoterapia individual en salud mental, pero también es una posibilidad que abandone en este punto. Esta asistencia individual puede resolver el problema, si es que la familia no abandona el tratamiento, o puede no hacerlo. Existe también la posibilidad, aunque extremadamente infrecuente, de que sea atendida tanto en psicoterapia individual como que sea derivada al programa.

En caso de que la familia sea derivada al PEM ingresa en la comunidad multifamiliar (que como el nombre indica es una comunidad de familias). En este punto siempre es remitida a un club territorial (grupo de autoayuda multifamiliar) cercano a su domicilio. Puede ser que también participe en los grupos experimentales que funcionan en la Unidad del CHBLT, dependiendo del área geográfica, y de su disponibilidad de tiempo (puesto que estos grupos son a media tarde). Además, dependiendo de la gravedad, puede ser derivada al Hospital de Día de esta Unidad de Dependencias, en cuyo caso el

usuario índice asiste diariamente y la familia asiste al menos dos veces por semana. En estos dos últimos casos, la familia también es invitada a participar en las reuniones de la comunidad (en las que se juntan todos los grupos experimentales) los días lunes. Ahora bien, en cualquiera de las tres alternativas de derivación (clubes territoriales, grupos experimentales u Hospital de Día) lo primero que se le brinda a la familia es la acogida e información, que es crucial para que se vinculen al programa. Si bien la consejería es una acogida formal al programa, sólo se presta con seguridad a aquellas familias que pasan por la Unidad de Dependencias del CHBLT. Aunque en todos los segmentos del PEM, en cualquiera de los sectores en que está presente, se da alguna acogida aunque sea informal. Paralelamente al resto del proceso en este punto la familia es invitada a participar en el primer nivel de educación continua y luego de éste en el tercer nivel (el segundo nivel es sólo para coordinadores). No es un prerrequisito para participar en el tercer nivel el haber participado en el primero, porque se tratan temas de actualización en dependencias, que no se enmarcan necesariamente en los principios del programa (como por ejemplo información acerca de síntomas biológicos de deterioro en los dependientes). En el primer nivel se puede propiciar una difusión del programa hacia la comunidad local, llegando a familias que tienen el estilo de vida disfuncional del consumo. Una vez que la familia ha sido acogida, el siguiente paso es su permanencia en la comunidad multifamiliar y la aceptación de la confrontación mutua que se genera. En el caso de que la familia no acepte la confrontación mutua, es posible que abandone el tratamiento, luego también es factible que recaiga en el consumo, en cuyo caso vuelve al punto de crisis (al inicio). Si no recae puede permanecer con el estilo de vida disfuncional hasta que se produzca otra crisis. En caso de que la familia acepte la confrontación, entonces comienzan a ocurrir cambios progresivos en la dinámica familiar. Estos cambios se retroalimentan con la confrontación mutua generando nuevos niveles de cambio y un avance progresivo en la mejora del estilo de vida. Así lo representan las dos flechas circulares del centro del modelo. Aunque en cualquier punto se pueden producir recaídas. Los cambios en la dinámica familiar implican también una autogestión progresiva en la familia, que de no ser suficientemente efectiva genera el estancamiento o decaimiento de los distintos segmentos del programa. En tanto, que si es efectiva esta autogestión genera un fortalecimiento de los segmentos y en particular un crecimiento a través de nuevos clubes multifamiliares. La autogestión implica que las familias participen progresivamente en las actividades de difusión del programa. Estas actividades incluyen jornadas inter-clubes y un congreso anual (además de las

distintas instancias de la educación continua). El objetivo de estas actividades de difusión es sensibilizar a la comunidad local acerca de los problemas relacionados con el consumo y resaltar los determinantes culturales que contribuyen a generar un patrón que se transmite culturalmente, ofreciéndole una posibilidad de ayuda. Al sensibilizar a la comunidad local se logra un efecto sobre la sociedad y luego sobre la cultura. Esta sensibilización y cuestionamiento del patrón cultural pueden darse dos posibilidades básicas. Al ser insuficiente, reproduce el patrón cultural del estilo de vida familiar que lleva al consumo. En cambio, si es efectivo puede generar un cambio en el patrón cultural que rompa el círculo vicioso cultural que reproduce el problema, validando la libertad del no consumo.

## Surgimiento y dinámica de los voluntarios

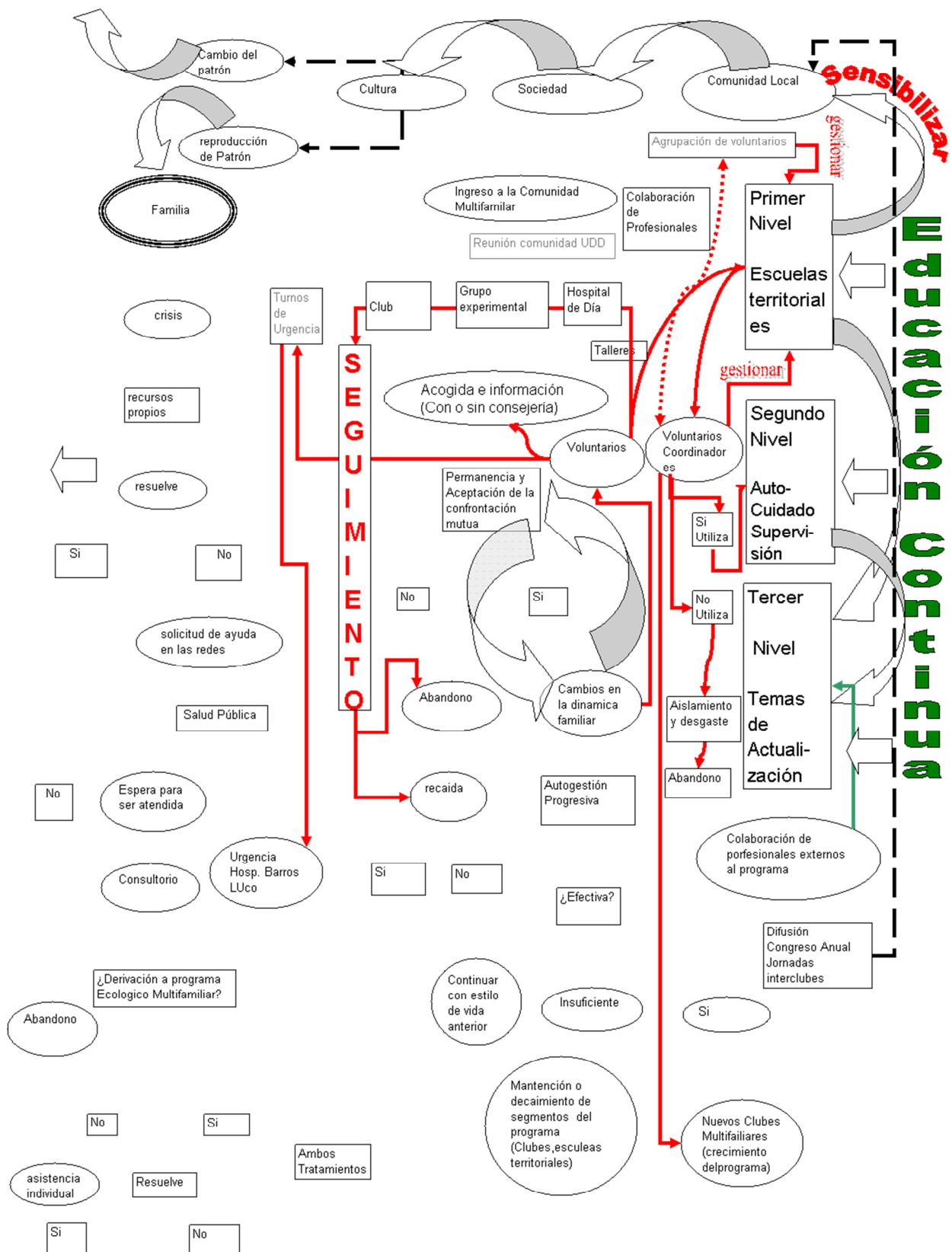


Figura 2: Itinerario de los voluntarios en el PEM (J.A. Flores, 2008).



### ***Explicación del surgimiento y evolución del voluntariado.***

Los voluntarios surgen en su inmensa mayoría de las propias familias usuarias del programa. Por ende, los voluntarios pueden ser usuarios índices o familiares de estos (que comparten el problema de dependencia a través de su estilo de vida). Es posible distinguir dos formas básicas o niveles en los voluntarios. La primera es la propia participación en las actividades del grupo en el que están (ya sea un club multifamiliar, un grupo experimental o el Hospital de Día de la UDD). En este punto todos los usuarios están a cargo del seguimiento de los otros miembros del programa que participan en el grupo al que ellos asisten. Este seguimiento se realiza a las familias que han abandonado el programa expresamente o simplemente han dejado de asistir y a aquellas familias que han experimentado una recaída en su estilo de vida anterior. Esto puede facilitar que las familias se reincorporen al programa. Otra de las actividades de los voluntarios son las relacionadas con la acogida al programa, ocupando el espacio formal de las consejerías (que se brinda en el Hospital Barros Luco y en algunos consultorios). También es posible que los voluntarios que asistan a actividades de dicho hospital participen de los turnos de urgencia, en donde reciben (si el médico de turno en urgencia se los permite) a los usuarios o familiares de las personas que llegan al servicio de urgencia, explicándoles que existe este programa y compartiendo su propia vivencia para motivar el ingreso en el mismo.

Una segunda forma o nivel del voluntariado son aquellos que se preparan para ser coordinadores. En este caso los usuarios ya han experimentado algún nivel de cambio en su estilo de vida familiar (y la propia duración de la capacitación que reciben para ser voluntarios, que dura varios meses, les da tiempo y recursos para hacerlo). Estos voluntarios necesariamente tienen que asistir al primer nivel de la educación continua, donde conocen los principios del PEM y se preparan para coordinar un grupo (si bien no todos los usuarios que participan en este segmento tienen que coordinar un club). Cuando los voluntarios finalizan este primer nivel contribuyen a generarlo en otros lugares. Por otra parte, los usuarios tienen la opción (que se considera como imprescindible desde el modelo operativo) de participar en el segundo nivel de educación continua, para recibir supervisión en la UDD, que es donde se desarrolla actualmente este segmento. Los coordinadores van retroalimentándose para poder enfrentar las situaciones más difíciles que surgen en los clubes que tienen a su cargo.

Además, en este mismo segmento los usuarios cuentan con un espacio de auto-cuidado para evitar el desgaste propio de coordinar un club. En caso de no utilizar este segmento, los voluntarios coordinadores corren el riesgo de experimentar aislamiento y desgaste, lo que puede llevar al abandono del programa.

Los voluntarios coordinadores tienen la opción de pertenecer a la agrupación de voluntarios del programa, que es lo recomendado desde el modelo operativo, pero en la práctica no todos participan de ella. Esta agrupación de voluntarios contribuye también a gestionar los recursos materiales y espacios necesarios para llevar a cabo las escuelas territoriales.

Los voluntarios coordinadores que van surgiendo de la escuela de primer nivel son los que permiten la apertura de nuevos clubes multifamiliares. Además, ellos participan también de las actividades de difusión del programa (adicionales a la educación continua) de una manera más activa que el resto de los usuarios del programa, contribuyendo a organizar estos eventos (las jornadas inter-clubes y el congreso anual). El objetivo de estas actividades es sensibilizar a la comunidad local acerca de los problemas relacionados con el consumo, a la vez que ofrecer una alternativa de solución. Más allá de la comunidad local se busca influir en la sociedad y luego la cultura (mediante el cuestionamiento cultural del consumo), pudiendo generarse una ruptura en el patrón cultural del estilo de vida que favorece la dependencia.

## Rol de los profesionales

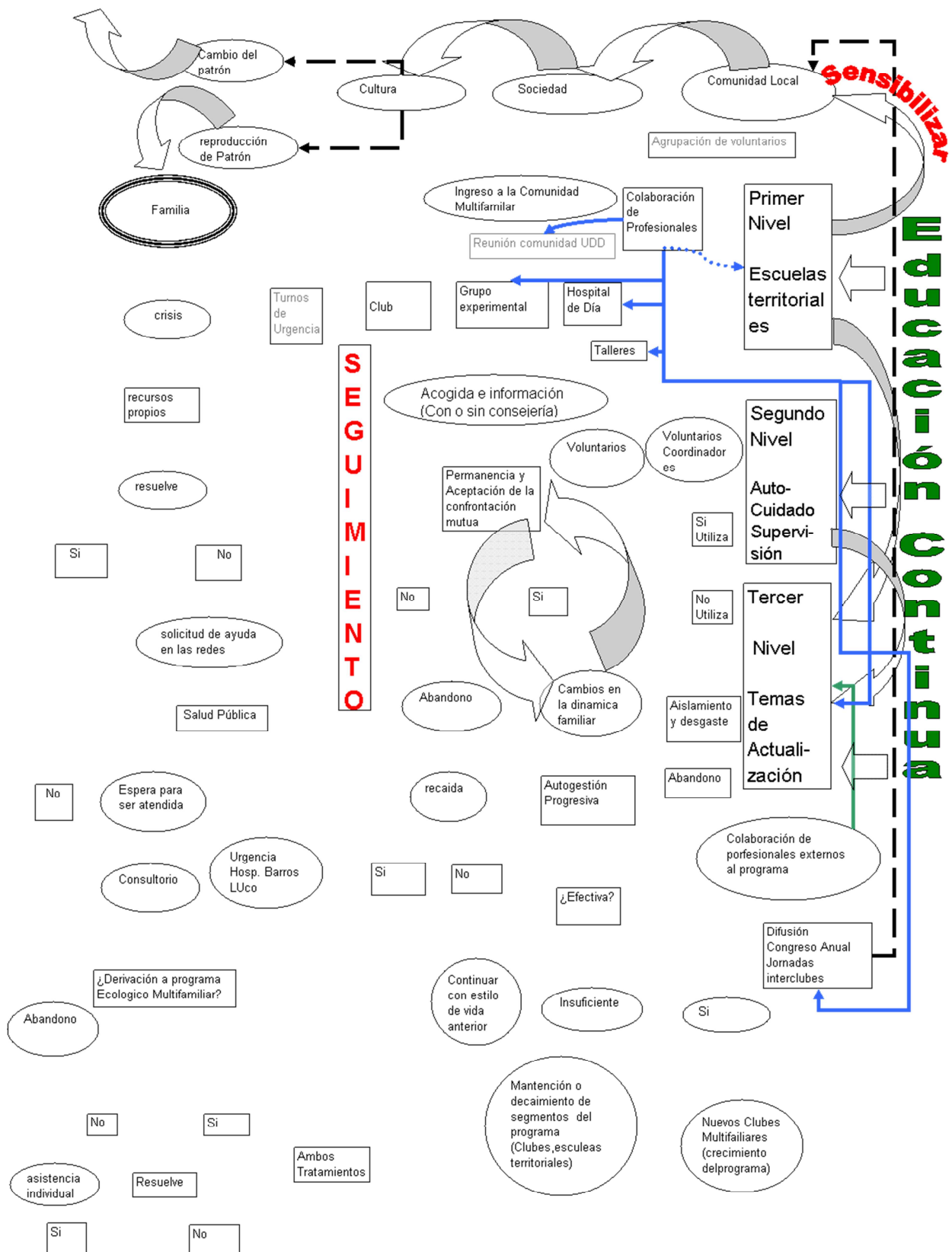


Figura 3: Rol de los profesionales en el PEM (J.A. Flores, 2008).

### ***Explicación del rol de los profesionales.***

Los profesionales del PEM, entendido como aquellos que participan trabajando en la UDD del CHBLT, colaboran de diversas maneras con el trabajo de los voluntarios. En primer termino, de manera más directa participan de las actividades que se desarrollan en la misma UDD. Estas incluyen los grupos experimentales (aunque aquí el rol del profesional no es directivo), el hospital de día (donde su rol es más directivo, puesto que organizan la mayoría de los talleres), la reunión de la comunidad multifamiliar (que es dirigida por el Dr. Troncoso, o en su ausencia por otro de los profesionales). En un segundo término, los profesionales colaboran con las distintas actividades de la educación continua. Su participación en el primer nivel es menos permanente, puesto que habitualmente la mayor parte de éste queda a cargo de los voluntarios coordinadores más antiguos. En el segundo nivel de la educación continua, la participación de los profesionales del PEM es más constante, puesto que organizan el auto-cuidado y supervisión de los coordinadores. En el tercer nivel de educación su participación es también importante, si bien no es exclusiva, puesto que cuenta con la participación de profesionales externos al programa (es decir, que no conocen ni necesitan conocer el programa para hacer su contribución), que pueden incluso estar en desacuerdo con los principios del programa, y que en todo caso se centran la mayoría de las veces en explicar el aspecto biológico y la noción de enfermedad de la dependencia. La colaboración de estos últimos es fundamental porque enriquece la comprensión de los usuarios sobre la dependencia y además permite presentar puntos de vista diferentes a los sostenidos por el programa.

Los profesionales del programa colaboran también con las actividades de difusión del mismo (además de las presentes en la educación continua), trabajando en conjunto con los voluntarios coordinadores los temas a tratar en dichas actividades y los elementos que es necesario enfatizar en cada versión de las mismas. La idea es sensibilizar a la comunidad local sobre los problemas asociados al consumo, a la vez que ofrecer una alternativa de solución. Esto permite a su vez generar un efecto sobre la sociedad y la cultura. Si este cuestionamiento al patrón cultural que favorece la dependencia es efectivo, puede romper el círculo vicioso de transmisión cultural.

## Modelo de Acción integrado

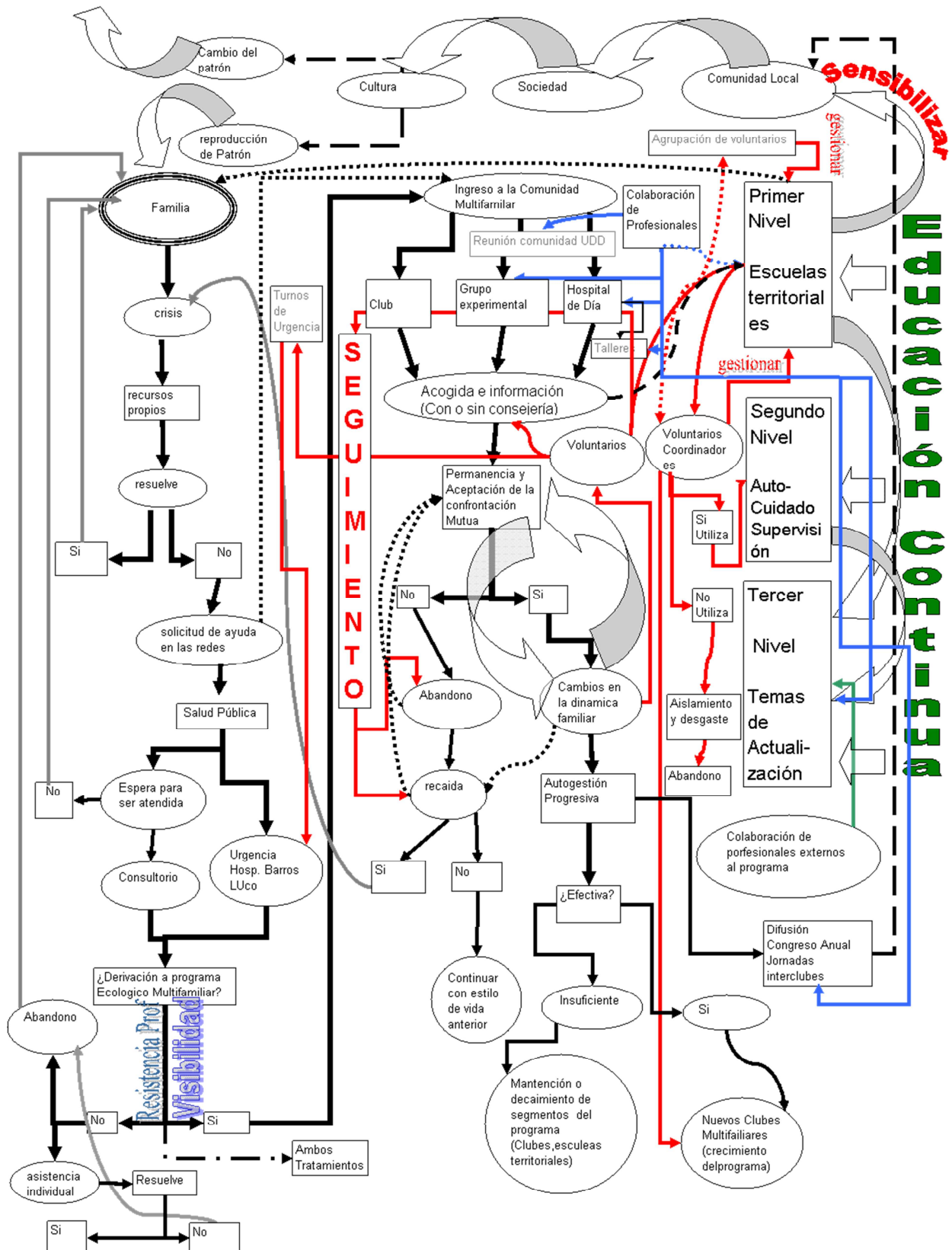


Figura 4: Modelo de acción integrado (J.A. Flores, 2008).

## **2.1 Comentarios al modelo de acción integrado**

Esta primera versión del modelo de acción del PEM, permite dar una visión gráfica más clara de un programa complejo. Si bien no recoge toda la complejidad del modelo operativo, lo que en parte es esperable, dado que se basa en la práctica de los participantes.

En este modelo de acción aparece la falta de visibilidad del programa y la resistencia profesional como dos elementos que condicionan la llegada de la familia al mismo, lo que no está explícito en el modelo operativo del programa. Lo que más se puede destacar de los elementos ausentes desde el modelo operativo, son los espacios de supervisión con los que cuenta el PEM. El espacio que consistentemente aparece es el que se da en la UDD, pero los otros espacios (compartir la experiencia con los clubes cercanos, o generar visitas mutuas con otros clubes) aparece más bien como un interés de los participantes, puesto que no se da como un hecho en la gran mayoría de los clubes.

Se considera la llegada de las familias usuarias al servicio de Urgencia del CHBLT en el Modelo de Acción, si bien puede ser cualquier otro hospital, e incluso servicios de urgencia de los mismos consultorios locales.

Tampoco se incluyen las derivaciones a otros servicios de atención secundaria ni de Hospitalización en el Hospital “El Peral” (aunque están presentes en el discurso de los participantes), simplemente por ser algo más propio de la UDD que del PEM.

### ***Actualización sobre el modelo.***

La dinámica propia de los procesos sociales también está presente en el presente caso. Éste modelo fue construido sobre el estudio cualitativo para el cual se recopiló la información durante el 2006 (J.A. Flores, 2008). Un cambio importante desde entonces es que el PEM ya no tiene como centro de operaciones el CHBLT, lo que desde luego genera algunas diferencias en el flujo de éste modelo. Optamos por mantener la explicación original del modelo de acción, puesto que refleja un momento concreto del devenir de PEM.

### 3. Modelo Lógico.

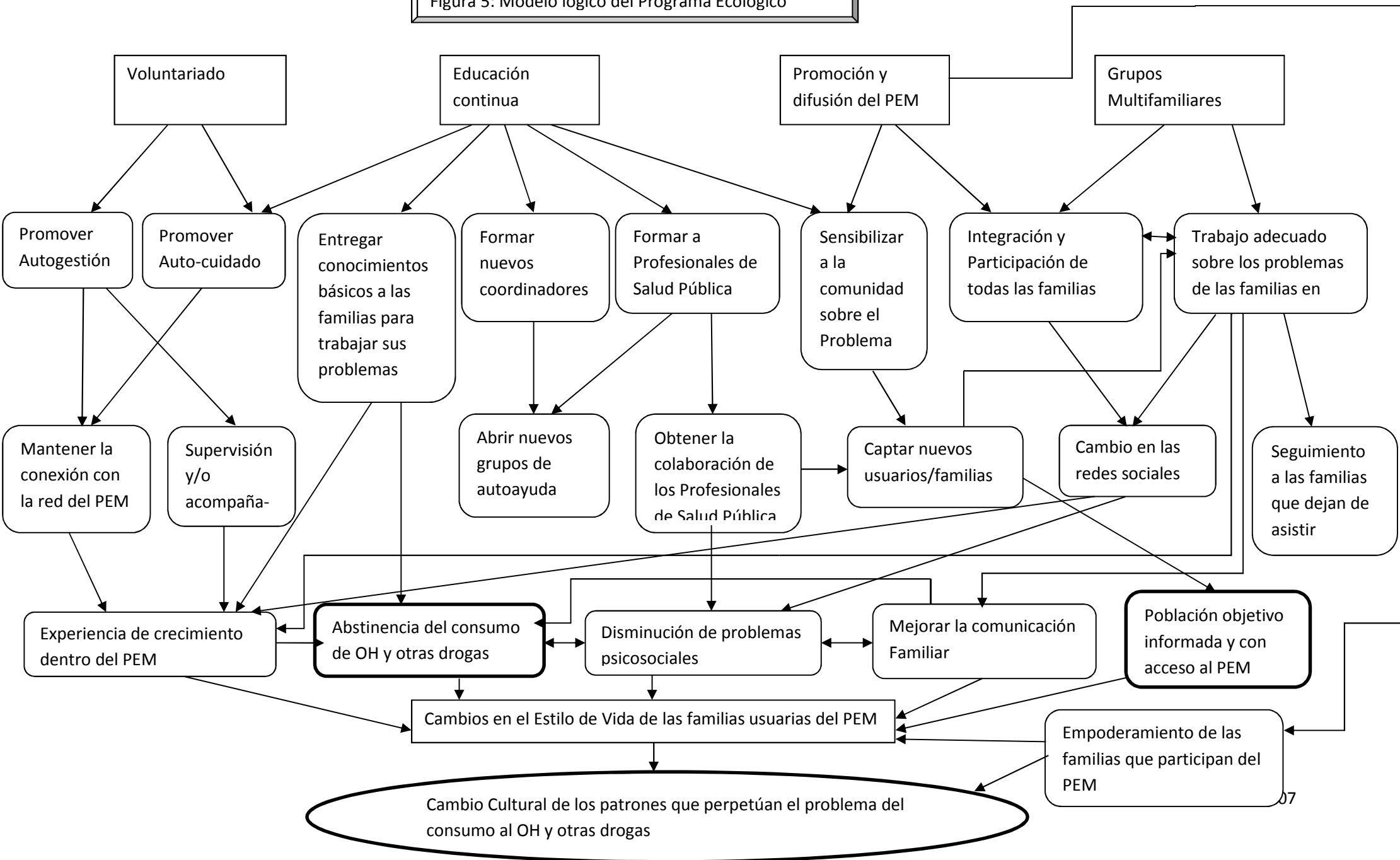
Según Medina et al. (2009) un primer paso necesario en la construcción de un modelo de evaluación es la confección del modelo lógico del programa. Posteriormente es necesario explicitar la matriz de medidas, donde se presenten los indicadores e instrumentos que se utilizaran para dar cuenta de los diferentes componentes del modelo lógico.

Es imprescindible un análisis minucioso del programa para construir un modelo lógico adecuado. Esto permitiría identificar todos sus componentes y la forma en que deben relacionarse y operativizarse. Por ello hemos presentado una información bastante detallada sobre la teoría del PEM y además su modelo de acción.

Al abordar la complejidad que supone construir un modelo lógico, Medina et al. (2009) citan el trabajo de Mercer y Goel (1994) sobre el *Ontario Breast Cancer Screening Program*. Las dificultades que estos últimos autores enfrentan para construir su modelo son similares a las nuestras: naturaleza compleja y multifacética del programa, interdependencia de los componentes y dependencia del contexto donde el programa es implantado. Aunque, esto no impide concretar un modelo lógico, es necesario tener estos aspectos presentes para interpretar adecuadamente el diagrama del modelo y la matriz de medidas integrada.

Uno de los pocos estudios de evaluación integral en organizaciones de autoayuda, que podría considerarse como referencia, es el de Finn et al. (2009) que aplicaron una serie de estrategias cualitativas y cuantitativas para dar cuenta del proceso de recuperación en GROW. Si bien su investigación no propone un modelo lógico explícito ni un modelo de evaluación permanente, si propone un modelo operativo bastante claro. Una diferencia importante con nuestra propuesta, es que estos autores no evaluaron el clima social en los grupos, sino que se centraron en el proceso como un todo, desarrollando medidas *ad-hoc* para ese programa. Es necesario considerar que la diferencia de recursos de GROW respecto al PEM, les permitió incorporar aspectos cualitativos más complejos, que son más costosos de evaluar.

Figura 5: Modelo lógico del Programa Ecológico





#### **4. Objetivos del Programa Ecológico Multifamiliar.**

En este apartado se presentan los objetivos del PEM. De acuerdo a los criterios de evaluabilidad de un programa, éste debe contar con objetivos explícitos, claros, concretos y medibles, puesto que es necesario conocerlos para realizar una evaluación adecuada. Como se ha mencionado, estos no están explícitos en el programa mismo, ya que no existe un listado clásico de objetivos, si bien pueden extraerse con relativa facilidad.

El procedimiento para explicitar estos objetivos se ha iniciado con una minuciosa revisión del libro fundamental del programa que se ha mencionado en el apartado III. Además, se han revisado los documentos de trabajo del PEM y se ha conversado con miembros del equipo profesional voluntario que lo apoyan. El estudio cualitativo previo (J. A. Flores, 2008) ha servido también para conocer no sólo lo que los usuarios consideran que son los objetivos del programa en la práctica, sino también como les gustaría concretar algunas mejoras. Por lo tanto, se incluyen también elementos extraídos de la propia visión de los usuarios del programa. Sobre la base de todos estos antecedentes, y siguiendo la excelente guía de Pineault y Daveluy (1992) se ha elaborado el siguiente listado de objetivos.

##### **1.1 Meta**

Lograr un cambio cultural que permita un estilo de vida saludable a las familias que han tenido o tienen problemas de consumo en alguno de sus miembros.

##### **1.2 Objetivo general**

Que un 80 % de las familias que participan del programa, en las cuales uno o más de sus miembros presentan dependencia al alcohol u otras drogas, logre generar un cambio positivo en su estilo de vida, en los dos primeros años de participación de la familia en el programa. De aquí al 2020.

### **1.3 Objetivos Intermedios**

1. Que un 70% de la población objetivo, las familias que presentan problemas de consumo de alcohol y otras drogas, conozca la existencia y características del PEM, de aquí al 2018.
2. Que un 80% de los usuarios del PEM logre una abstinencia anual del 100%, en los usuarios que llevan más de 3 meses, de aquí al 2018.

### **1.4 Objetivos específicos:**

- 1.1. Que un 70% de las familias que experimentan problemas de consumo de alcohol u otras drogas logre identificar un grupo multifamiliar cerca de su domicilio, de aquí al 2018.
- 1.2. Que un 70% de las familias que experimentan problemas de consumo de alcohol u otras drogas logre identificar los elementos básicos del PEM, de aquí al 2016.
- 1.3. Un 80% de los profesionales de sanidad pública logre identificar un grupo multifamiliar para derivar a las familias que experimenten problemas de consumo de alcohol u otras drogas, de aquí al 2014.
- 1.4. Que un 40% de los profesionales de salud Mental de atención primaria tengan los conocimientos básicos sobre qué es y cómo funciona el PEM, de aquí al 2014.
- 2.1. Que un 70% de los usuarios que llevan 3 meses en el PEM tengan los conocimientos básicos sobre qué es y cómo funciona el mismo, de aquí al 2015.
- 2.2. Que un 70% de las familias que llevan más de 6 meses participando del PEM mejore su comunicación familiar, de aquí al 2014.
- 2.3. Que un 80% de los usuarios que llevan más de 6 meses en el PEM mejore su autoestima, de aquí al 2014.

2.4. Que un 70% de las familias que llevan participando más de 6 meses en el PEM disminuyan significativamente los problemas psicosociales asociados al consumo de alcohol u otras drogas, de aquí al 2014.

2.5. Que un 60% de las familias que llevan más de seis meses participando en el PEM se integren en redes sociales que favorecen la abstinencia, de aquí al 2014.

2.6. Que un 70% de las familias que llevan más de seis meses participando en el PEM aumente su nivel de empoderamiento en relación al inicio, de aquí al 2015.

### ***Comentarios a la integración entre modelo lógico y el listado de objetivos del PEM.***

La figura 5 presenta el modelo explicativo o lógico del PEM, el cual hemos procurado plasmar en el listado de objetivos. No obstante, es necesario tener presente algunos aspectos para poder tener una perspectiva integrada de ambos:

1. Como puede observarse en la figura 5, si se parte desde arriba se observan en la primera línea los componentes del PEM, como “Voluntariado” o “educación continua”, y el avance progresivo desde los aspectos más pragmáticos hacia la consecución de la meta que es lograr el cambio cultural, consignada en la parte inferior de la figura.
2. Si la lectura parte desde la parte inferior de la misma y se invierte el sentido de las flechas, es posible seguir la lógica de los objetivos.
3. Si bien casi todos los aspectos del modelo teórico expresado en la figura 5 pueden traducirse directamente a objetivos específicos susceptibles de medirse (p.ej. mejorar la comunicación familiar), esto no sucede con “experiencia de crecimiento personal”, que realmente parece requerir un abordaje cualitativo más complejo. No obstante, hemos considerado que al menos un aspecto de esa experiencia de crecimiento personal si puede plasmarse en un objetivo específico medible cuantitativamente: el aumento de la autoestima.
4. Al igual que en el punto anterior, el aspecto de empoderamiento de las familias es difícil de traducir operacionalmente. Por tanto, parece requerir el desarrollo de un instrumento *ad-hoc* para medir empoderamiento en el PEM.

Esta fue la estrategia que utilizaron Finn et al. (2009) para medir empoderamiento en GROW. El modelo de empoderamiento que hemos empleado en la investigación anterior para analizar el PEM fue el de McWhirter (1991, 1997) y nos parece un buen referente para construir un instrumento.

5. El vínculo entre la experiencia de crecimiento personal y el empoderamiento es innegable, a pesar de que en el diagrama no los hemos conectado simplemente para permitir una mayor claridad visual de las demás relaciones. Además, consideramos que sería posible diferenciarlas lo suficiente si se desarrollasen o adaptasen los instrumentos adecuados.
6. El objetivo intermedio de “lograr la abstinencia” tiene un sentido lógico dentro del listado de objetivos, en tanto que es necesario alcanzarlo para avanzar al “cambio del estilo de vida”, que es el objetivo general. No obstante, la naturaleza sistémica del modelo requiere reconocer la interdependencia de esta “abstinencia” y los objetivos específicos. En particular, en la figura 5 puede apreciarse la interdependencia entre “lograr la abstinencia” y “disminución de problemas psicosociales”, así como entre las anteriores y “mejorar la comunicación familiar”. Esto implica que disminuir el consumo también tiene el potencial de mejorar la comunicación familiar, entre otras interrelaciones posibles.
7. La interdependencia de los distintos elementos del modelo plasmado en la figura 5, muestra como además de incidir sobre “lograr la abstinencia”, los otros aspectos que visualmente están en el mismo nivel, como “experiencia de crecimiento personal” afectan directamente al cambio en el estilo de vida, que en el listado de objetivos es el objetivo general. Esto implica que pese a que por motivos de orden hemos optado por mantener como un objetivo intermedio el “lograr la abstinencia”, los objetivos específicos tienen también una influencia directa sobre el objetivo general, lo que sólo puede ser comprendido al observar la figura 5.
8. Lo anterior también permite comprender porque el PEM puede aplicarse en problemas distintos al consumo de alcohol u otras drogas, puesto que si se elimina el recuadro “lograr abstinencia” de la figura, sigue siendo evidente el efecto de la “experiencia de crecimiento personal” y “mejorar la comunicación familiar” sobre el estilo de vida.

9. Aunque de acuerdo a los criterio de Pineault y Daveluy <sup>43</sup>(1992) sería deseable que la meta del programa fuese más concreta y medible, nosotros hemos optado por seguir las recomendaciones del Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (s.f.), en cuanto respetar el contexto y las audiencias. Por ello, hemos mantenido la meta con la que tanto los fundamentos del PEM como sus participantes explicitan, considerando que puesto que todos los objetivos específicos son medibles, existen un equilibrio entre contexto social-cultural y claridad metodológica para realizar una evaluación.
10. El objetivo general, que también hemos respetado por las razones recién mencionadas, es teóricamente medible. Para ello sería preciso adaptar o desarrollar un instrumento que mida “estilos de vida”. No obstante, esto no entra dentro de las prioridades inmediatas de la propuesta de evaluación, puesto que nos hemos centrado en que los objetivos específicos sean medibles, antes que el general.

### **1.5 Objetivos Operativos**

Los objetivos operativos son aquellos objetivos que el equipo del programa debe cumplir para realizar su trabajo. Por ende, el sujeto de estos objetivos no son los usuarios sino el propio equipo o algún aspecto de la gestión del programa. Ahora bien, no todos los objetivos específicos requieren de objetivos operativos.

En relación con los objetivos específicos anteriormente presentados, es posible plantearse los siguientes objetivos operativos:

1. Que de aquí a seis meses el equipo haya puesto en marcha el sistema único de registro en todos los segmentos del programa multifamiliares de Chile
  - a. Que de aquí a seis meses el sistema de registro de asistencia los grupos esté unificado y la información centralizada.
  - b. Que de aquí a seis meses el sistema de registro de asistencia a las escuelas esté unificado y la información centralizada.

---

<sup>43</sup> Pineault y Daveluy son particularmente exigentes, a diferencia de la mayoría de otros autores que al menos a nivel de meta no concretan tanto los resultados.

- c. Que de aquí a seis meses el sistema de registro de seguimiento de los usuarios que dejan de asistir esté unificado y la información centralizada.
  - d. Que de aquí a seis meses el sistema de registro de actividades saludables en las que los grupos participan, esté unificado y la información centralizada.
2. Que de aquí a seis meses el equipo haya puesto en marcha la plataforma de seguimiento y acompañamiento online para coordinadores y profesionales que estén implementando, o próximos a implementar, los diferentes segmentos del programa en su localidad, para todo el Chile.
  3. Que de aquí a tres meses el equipo haya puesto en marcha una página web donde la comunidad general, los usuarios y profesionales puedan obtener información sobre el PEM y su desarrollo en las diferentes regiones en las que se ha implantado.
  4. Que de aquí a 12 meses el equipo haya puesto en marcha una estrategia permanente para sistematizar digitalmente el contenido y la estructura de las escuelas de primer, segundo y tercer nivel y que se aplique en el 100% de las mismas.

El proceso para cumplir estos objetivos se inició a finales del 2011, por ello se ha progresado en algunos de ellos, como la creación de una página web ([www.programamultifamiliar.cl](http://www.programamultifamiliar.cl)) que ya tiene incorporada una plataforma de seguimiento, si bien todavía falta agregar otros elementos y funciones.

### **Actividades**

Siguiendo a Pineault y Daveluy (1992) a este nivel de especificidad es preciso enumerar las actividades u operaciones que es necesario realizar para alcanzar el objetivo operativo. Algunos objetivos implican una primera fase de desarrollo, como puede ser el desarrollo de instrumentos y la formación del personal. Aquellas actividades que son temporales pueden, dependiendo de su complejidad, ser tratadas como proyectos.

En el siguiente listado se recogen únicamente las actividades temporales, para no hacer demasiado extensa la presentación. Esto proporciona la perspectiva de lo que se ha hecho hasta el momento (Septiembre de 2012), puesto que la mayoría de estas pautas de

registro y algunos de los instrumentos ya están desarrollados, se presentan en los anexos que se indican respectivamente. Las pautas de registro están en proceso de discusión en el PEM, para establecer un consenso sobre la versión final de un registro único que sea aceptado por todos los clubes multifamiliares.

### **Desarrollo de Pautas de registro.**

1. Desarrollar pautas de registro de asistencia.
  - 1.1 Generar una pauta de registro única de asistencia semanal (anexo n°2).
  - 1.2 Generar una pauta de registro única de asistencia mensual (anexo n°3).
2. Crear una pauta única de registro del seguimiento que se hace de las familias que dejan de asistir, de aquí al 2012 (anexo n°4).
3. Generar un sistema de registro de las actividades recreativas organizadas por cada grupo de autoayuda, de aquí al 2013.
4. Generar una página web donde los usuarios y profesionales puedan obtener información sobre el programa y ayuda para implementarlo mejor, de aquí al 2012.

### **Desarrollo o adaptación de instrumentos de evaluación.**

Se ha diferenciado el desarrollo de instrumentos de las pautas de registro, por requerir un nivel de complejidad mayor. Aunque estos instrumentos son propios del proceso de evaluación, es justificable presentarlos como parte del programa si en modelo que se propone requiere, como se ha desarrollado en los apartados anteriores, de una evaluación continua. Puesto que la primera versión del plan de evaluación fue presentada en el DEA en octubre del 2011, varios de estos instrumentos están avanzados, lo que confirma que los instrumentos de clima social de los grupos, a nivel de respuesta individual y grupal, se enmarcarán dentro de un proceso mayor.

1. Generar un instrumento de medida del clima social de respuesta individual para aplicarlo dentro de cada grupo de autoayuda. De aquí al 2013.
2. Generar un instrumento de medida del clima social de respuesta grupal para aplicarlo dentro de cada grupo de autoayuda. De aquí al 2013.
3. Generar una pauta de observación o cotejo que permita a un observador externo valorar el clima social de cada grupo de autoayuda. De aquí al 2013 (anexo n°1).

4. Generar instrumentos de medida del clima social General de los usuarios del PEM. De aquí al 2013 (anexo n° 8).
5. Generar un instrumento de medida del empoderamiento *ad-hoc* para el PEM. De aquí al 2015
6. Crear un instrumento que mida la información que los usuarios manejan acerca del programa. De aquí al 2012 (anexo n° 6).
7. Adaptar el Inventario de Problemas psicosociales (Drinker inventory of consequences) de Miller, Tonigan y Longabaugh (1995), de aquí al 2013.
8. Adaptar el IPA (Important people and activities) de Clifford y Longabaugh (1991), de aquí al 2013.

Es necesario destacar que la pauta de observación o cotejo del clima social es la alternativa al desarrollo de un instrumento más sofisticado, como podría ser una pauta de valoración que requiriese la grabación de audio o audio/video de la sesión. Esto podría resultar muy útil desde el punto de vista de la evaluación, pero violaría seriamente la confidencialidad del grupo, lo que además generaría una resistencia importante en los grupos a ser evaluados. Por ello, se descartó esa opción. La pauta brinda algún grado de objetividad exterior y recoge las 7 dimensiones con las que están contruidos los instrumentos de respuesta individual y grupal.

Ésta presentación permite apreciar tanto la necesidad de desarrollar instrumentos que midan clima social en los grupos de autoayuda del PEM, como la especificidad del propósito de este trabajo de investigación, al centrarse en ello.



## **XIV. PROPUESTA DE EVALUACIÓN**

### **1. Aspectos generales de la evaluación del PEM.**

En la evaluación del programa se pretende utilizar por una parte, los instrumentos que existen o están en construcción, para evaluar aspectos claves del programa, y por otra parte, en aquellos casos en que esto no sea posible, se recurrirá a indicadores.

### **2. Instrumentos a utilizar.**

Se propone utilizar los nueve instrumentos que se mencionan a continuación:

- Inventario de clima social familiar FES (Family social Environment) (Moos et al., 1974/1995). Disponible en español.
- Inventario de Problemas psicosociales (Drinker inventory of consequences) (Miller, Tonigan & Longabaugh, 1995). Requiere ser traducido y adaptado, incluyendo no sólo problemas relacionados al alcohol, sino que también a otras drogas.
- IPA (Important people and activities) (Clifford y Longabaugh, 1991), que mide cambios en las redes sociales de los usuarios. Requiere ser traducido y adaptado.
- Escala de autoestima de Rosenberg (1973). Disponible en español.
- Clima social de los grupos de autoayuda. Versión de respuesta individual. Instrumento propuesto en el presente estudio.
- Clima social de los grupos de autoayuda. Versión de respuesta grupal. Instrumento propuesto en el presente estudio
- Clima general del programa. Instrumento por validar. Disponible en anexo nº 8, en su primera versión.
- Cuestionario de conocimientos básicos del PEM, para usuarios. Instrumento desarrollado, disponible en el anexo nº6.
- Instrumento para medir empoderamiento en el PEM.

Entre los instrumentos mencionados en este listado, los primeros cuatro ya han sido desarrollados y ampliamente utilizados. Aunque éstos no abordan aspectos específicos del PEM, contribuyen a la valoración general. Los siguientes son específicos para el programa y el desarrollo de los dos primeros son el objetivo del presente trabajo, para

ser validados antes de comenzar la evaluación del programa en sí. El siguiente es un cuestionario general sobre los conocimientos básicos sobre el PEM. Finalmente, está el instrumento para medir empoderamiento en el PEM, que debería empezar a desarrollarse desde cero.

### **3. Indicadores**

En concordancia con los objetivos del programa, los indicadores que se proponen en el presente modelo de evaluación del Programa Ecológico Multifamiliar, son<sup>44</sup>:

- % de participación de los usuarios en actividades recreativas sanas y nuevas, en los tres meses siguientes al inicio del programa. Obtenido a partir del registro solicitado a cada club multifamiliar.
- % de los usuarios que dejan de asistir que reciben visitas de seguimiento de los clubes multifamiliares a los usuarios que dejan de asistir. Obtenido a partir del registro solicitado a cada club multifamiliar. (Anexo n° 4)
- % de clubes multifamiliares que reciben visitas de los clubes de parte de otros clubes. Obtenido a partir del registro solicitado a cada club multifamiliar.
- Satisfacción de los usuarios con las características físicas de su club. Obtenido a partir de la pregunta respectiva del instrumento de evaluación del clima social general del programa.
- % asistencia de los usuarios a las escuelas de segundo y tercer nivel. Obtenido a partir del registro de asistencia de las escuelas de Educación Continua.
- % de asistencia de los coordinadores a las escuelas de segundo y tercer nivel. Obtenido a partir del registro de asistencia de las escuelas de Educación Continua.
- Nivel de información que los usuarios con más de tres meses, manejan sobre el programa. Obtenido a partir del instrumento de conocimientos básicos del programa mencionado en el apartado anterior.
- Tasa de permanencia de los usuarios en el programa. Obtenido a partir del registro asistencia mensual de los clubes multifamiliares. Será considerado trimestralmente.
- Tasa de abandono de los usuarios. Obtenido a partir del registro asistencia de los clubes multifamiliares. Será considerado trimestralmente.

---

<sup>44</sup> Se presentan indicadores adicionales en la matriz de integración, pero estos son los principales.

- Variedad temática de escuelas de segundo nivel que se realizan por sector geográfico. Obtenido a partir del registro de la escuela de Educación Continua.
- % de escuelas de segundo nivel cuyos contenidos han sido sistematizados en formato de archivo o grabados en algún soporte electrónico. Obtenido a partir del registro de la escuela de Educación Continua.
- % de escuelas de primer nivel que se realizan por sector geográfico. Obtenido a partir del registro de la escuela de Educación Continua.
- Diferencial anual entre clubes nuevos y clubes que dejan de funcionar. Obtenido a partir del catastro anual de clubes multifamiliares.
- Proporción de días de abstinencia trimestral reportados por los usuarios antes de iniciar tratamiento y en los 90 días siguientes a cada seguimiento, registrado semanalmente. Corroborándose mediante encuesta a los familiares o amigos.
- Proporción de análisis trimestrales de orina que dan positivo para los usuarios consumidores del programa.
- Satisfacción de los usuarios con el programa en general. Obtenido a partir de la pregunta respectiva del instrumento de evaluación general del programa.
- Satisfacción de los usuarios con el funcionamiento de su club multifamiliar. Obtenido a partir de la pregunta respectiva del instrumento de evaluación específica de grupos de autoayuda.

#### **4. Matriz de medidas integrada.**

Con el fin de ofrecer una visión integrada del modelo lógico y los objetivos, además de clarificar el proceso concreto que sigue el modelo lógico, presentaremos a continuación la matriz de medidas integrada. Para facilitar su comprensión la matriz incluye la información de la dimensión (cada recuadro del modelo lógico) a la que corresponde, y según sea el caso, los indicadores, instrumentos, fuente y periodicidad de las medidas.

Hemos optado por presentar primero los recuadros del modelo lógico más próximos a la meta, puesto que a este nivel todavía no es necesario especificar actividades, pero ya se pueden encontrar indicadores. Por ejemplo, es posible medirla abstinencia sin especificar todas las actividades que contribuyen a ella, lo que si se especificará en los niveles más concretos del modelo lógico. Posteriormente presentaremos el resto de los recuadros incluyendo, además de la información anterior (indicadores, fuente, etc.), las actividades concretas a las que están asociados.

Tabla 3 Nivel superior de componentes

Dimensión	Indicadores	instrumento	fuentes	periodicidad
Abstinencia del consumo de Alcohol y otras drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de días de abstinencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Instrumento de Auto reporte</li> <li>➤ Instrumento de confirmación de familiares</li> <li>➤ Test médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los propios consumidores</li> <li>▪ Familiares</li> <li>▪ Resultados de los test médicos</li> </ul>	Cada 3 meses
Mejorar la comunicación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variación trimestral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Test de clima familiar de Moos (1974)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las familias usuarias</li> </ul>	Cada 3 meses
Experiencia de crecimiento dentro del PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variación de la autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Test de Rosenberg (1973)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las familias usuarias</li> </ul>	Cada 6 meses
Disminución de los problemas psicosociales asociados al consumo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variación semestral de los problemas psicosociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inventario de problemas psicosociales (Miller et al., 1995)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los usuarios índice</li> </ul>	Cada 6 meses

Tabla 3 Nivel superior de componentes (Continuación).

Empoderamiento de las familias que participan del PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variación semestral</li> </ul>	➤ Instrumento ad-hoc de empoderamiento	▪ Las familias usuarias	Cada 3 meses
Población objetivo informada y con acceso al PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de familias que conoce el PEM, entre las asistentes a Sanidad Pública</li> <li>% de familias que puede identificar un club donde acudir.</li> </ul>	➤ Encuesta ad-hoc	▪ Las familias de la población objetivo	Cada 6 meses

Tabla 4: Nivel intermedio de componentes

Dimensión	actividades	Indicadores	instrumento	fuentes	periodicidad
Mantener la conexión con la red del PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de coordinadores a otros clubes</li> <li>• Visitas de profesionales voluntarios</li> <li>• Jornadas inter-clubes</li> <li>• Congresos nacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de visitas entre clubes</li> <li>• % de visitas de profesionales</li> <li>• % asistencia a Jornadas inter-clubes</li> <li>• % de asistencia a congresos nacionales</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro semanal de los clubes multifamiliares</li> <li>▪ Registro de Jornadas inter-clubes</li> <li>▪ Registro de asistencia de congresos nacionales.</li> </ul>	Cada 3 meses
Supervisión y/o acompañamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de los coordinadores en el segundo nivel de educación continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de asistencia de los coordinadores de club en el segundo nivel</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro de asistencia del segundo nivel</li> </ul>	Cada 6 meses.
Abrir nuevos grupos de autoayuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inauguración de nuevos clubes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % anual de nuevos clubes</li> <li>• Diferencial entre clubes nuevos y clubes que dejan de funcionar.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro central</li> </ul>	anualmente

Tabla 4: Nivel intermedio de componentes (Continuación).

Obtener la colaboración de los profesionales de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesionales participando en la docencia de la educación continua</li> <li>Profesionales que derivan usuarios al PEM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de profesionales que colaboran con la docencia en educación continua</li> <li>% de derivaciones al PEM realizadas por profesionales</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de las escuelas de educación continua</li> <li>Registro de derivaciones.</li> </ul>	anualmente
Captar nuevos usuarios/familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de consejerías en los centros de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de usuarios nuevos de cada club</li> <li>% de centros de salud donde se realiza consejería.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro mensual de los clubes</li> </ul>	Semestral
Cambio en las redes sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>% asistencia a los clubes multifamiliares</li> <li>% de asistencia a educación continua</li> <li>% de asistencia a Jornadas y congresos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variación de las redes social que favorecen la abstinencia</li> </ul>	➤ IPA (Tonigan et al, 1991)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los propios usuarios</li> <li>Registro de asistencia de educación continua.</li> <li>Registro de asistencia de jornadas y congresos.</li> </ul>	Cada 6 meses
Seguimiento a las familias que dejan de asistir	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas a las familias que dejan de asistir al club</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de visitas de seguimiento</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro semanal de seguimiento en los clubes multifamiliares</li> </ul>	Cada 3 meses



Tabla 5: Nivel concreto de componentes

Dimensión	actividades	Indicadores	instrumento	fuelle	periodicidad
Promover la Autogestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones autogestoras locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de asistencia de los coordinadores en las reuniones autogestoras locales</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de asistencia de las reuniones autogestoras</li> </ul>	Cada 6 meses
Promover el Auto-cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades recreativas</li> <li>Segundo nivel de la educación continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de asistencia a actividades recreativas</li> <li>% de asistencia al segundo nivel de Educación continua</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro central de actividades recreativas.</li> <li>Registro de asistencia de segundo nivel de educación continua.</li> </ul>	Cada 6 meses
Entregar conocimientos básicos a las familias para trabajar sus problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escuela de primer nivel de E.C</li> <li>Escuela de Tercer nivel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de asistencia a escuelas de primer nivel</li> <li>% de asistencia a escuelas de tercer nivel</li> <li>% de información correcta sobre el programa que manejan los usuarios</li> </ul>	➤ Instrumento de conocimientos generales sobre el PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de asistencia del primer y tercer nivel de la educación continua</li> <li>Respuestas de las familias usuarias</li> </ul>	Cada 6 meses

Tabla 5: Nivel concreto de componentes (Continuación).

Formar nuevos coordinadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de Primer nivel de Educación continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de participantes que completan el primer nivel de la educación continua</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro de asistencia del primer nivel de la educación continua</li> </ul>	Cada 6 meses
Formar a Profesionales de Salud Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de Primer nivel de Educación continua</li> <li>• Capacitaciones especiales para profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de profesionales que completan el primer nivel de la educación continua o una capacitación equivalente</li> <li>• % de información correcta sobre el programa que manejan los profesionales</li> </ul>	➤ Instrumento de conocimientos generales sobre el PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro de asistencia del primer nivel de la educación continua</li> <li>▪ Respuestas de los profesionales</li> </ul>	Cada 6 meses
Sensibilizar a la comunidad sobre el Problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de Primer nivel de Educación continua</li> <li>• Jornadas inter-clubes</li> <li>• Congresos nacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de participantes externos al PEM</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro de asistencia del primer nivel de la educación continua</li> <li>▪ Registro de asistencia de jornadas y congresos.</li> </ul>	Cada 6 meses
Integración y Participación de todas las familias en la comunidad PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de Primer nivel de Educación continua</li> <li>• Jornadas inter-clubes</li> <li>• Congresos nacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de asistencia de las familias que participan del PEM</li> <li>• Clima social general</li> </ul>	➤ Instrumento de clima social general del PEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro de asistencia del primer nivel de la educación continua</li> <li>▪ Respuestas de las familias usuarias al instrumento</li> </ul>	Cada 6 meses

Tabla 5: Nivel concreto de componentes (Continuación).

Trabajo adecuado sobre los problemas de las familias en los Clubes Multifamiliares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación de las familias en los clubes (grupos de autoayuda multifamiliares)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de asistencia de las familias a los clubes</li> <li>• Tasa de asistencia</li> <li>• Tasa de abandono</li> <li>• Clima social en cada club</li> <li>• Satisfacción de los usuarios con las características físicas de su club</li> <li>• Satisfacción de los usuarios con el funcionamiento de su club.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Instrumento de Clima social individual</li> <li>➤ Instrumento de clima social grupal</li> <li>➤ Ítem de satisfacción con las características físicas del club en el instrumento de clima social general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro de asistencia de cada Club</li> <li>▪ Respuestas de las familias usuarias a los instrumentos</li> </ul>	Cada 6 meses
--	---	--	--	---	--------------

## **5. Comentarios a la matriz de medidas integrada.**

En la matriz de medidas integrada puede observarse la correspondencia de los distintos aspectos del modelo lógico con los objetivos fácilmente. Es necesario señalar que la interdependencia propia de los elementos del PEM, implica que algunas actividades se encuentren vinculadas a más de un elemento del modelo lógico. Por ejemplo, las escuelas territoriales de primer nivel sirven para: sensibilizar a la comunidad, brindar las capacidades y herramientas básicas a las familias para trabajar sus problemas en el club, preparar los coordinadores de club y favorecer la integración de las familias en el PEM.

Sensibilizar a la comunidad implica que asistan a este primer nivel personas que no participan en PEM, por ello se organizan invitaciones abiertas, con el fin de que la comunidad general conozca éste programa, reflexione sobre el problema del consumo de sustancias y pueda derivar a quien considere que está necesitando ayuda. Además, sensibilizar a la comunidad no depende solamente de esta escuela, sino que también de las otras actividades de difusión (Jornadas inter-clubes, congresos, etc.). Por otra parte, no todos los participantes de las escuelas completan la asistencia necesaria para recibir un certificado de coordinador de club, pero el hecho de que asistan incluso parcialmente facilita el trabajo que se realiza en los clubes.

Las escuelas tampoco son la única actividad en el caso de la integración de las familias en el PEM. Ahora bien, es importante considerar la diferencia entre que las familias reciban la información relevante para trabajar sus problemas en sus clubes y que experimenten un ambiente acogedor durante las actividades. Esto último es lo más decisivo para favorecer la integración. Por ello se considera importante la realización de diversas actividades de difusión, puesto que proporciona la oportunidad para compartir con familias de distintos clubes, fomentando la pertenencia e identificación con el PEM. Por tanto, puede observarse que las actividades de difusión tienen un foco tanto externo como interno.

Captar nuevos voluntarios depende de todas las actividades de difusión, además de las derivaciones profesionales. No obstante, en la matriz de integración hemos señalado la actividad más cercana a captar nuevos usuarios, que sería la realización de consejerías

en los centros de salud para las familias que llegan para consultar por problemas relacionados con alcohol u otras drogas. Otras actividades como la colocación de carteles informativos o la distribución de folletos también son importantes.

En el modelo operativo del PEM se considera que los profesionales pueden participar junto con las familias usuarias en el primer nivel de educación continua, pero en la práctica a veces sucede que los profesionales prefieren una capacitación especial para ellos, que puede ser más intensiva.

Se podrían considerar otras variables como la ansiedad, la depresión y el burnout, junto con los respectivos instrumentos que las miden. No obstante, hemos limitado las medidas, para evitar agotar a las familias con demasiadas evaluaciones. Por tanto, consideramos que sería conveniente primero observar como se desarrolla esta propuesta antes de incluir otras variables.

Es recomendable incorporar evaluaciones cualitativas, puesto que permitirían una visión mucho más completa del desarrollo del programa y sus efectos, permitiendo recoger también efectos no esperados. Por ejemplo, realizar entrevistas en profundidad permitiría acceder a la experiencia de crecimiento personal y empoderamiento que se desarrolla en las familias. Además, ésta u otras estrategias cualitativas permitirían conocer como experimentan las familias el proceso mismo de la evaluación. Sobre la base de ello se podría agregar o quitar elementos al modelo de evaluación.

Consideramos que al menos cada dos años sería recomendable realizar grupos de discusión para actualizar la información sobre las dificultades y aspectos favorables que las familias están experimentando en el PEM.

No hemos considerado relevante incluir información relativa a los costos, puesto que éste análisis tiene más sentido realizarlo cuando se decida implementar esta propuesta. Sin embargo, es claro que la mayor parte de los instrumentos, en especial los desarrollados en la presente investigación, pueden ser aplicados por los propios usuarios, siendo el análisis de los datos a nivel macro lo que posiblemente requeriría ayuda profesional. En cualquier caso, los costos básicos son los relativos al material de evaluación, tiempo de aplicación y corrección de los instrumentos, y los traslados de los

evaluadores cuando sea preciso. La inclusión de metodologías cualitativas exigiría considerar un aumento sustancial de los costos, por el personal especializado que requieren en todo el proceso. Esto también se aplica al desarrollo de los instrumentos que están pendientes.

## **XV. JUSTIFICACIÓN Y PROPUESTA DE UNA NUEVA DEFINICIÓN DE CLIMA SOCIAL.**

Tras haber contextualizado el PEM en un modelo de evaluación y explicar los aspectos esenciales que es necesario considerar para que éste sea adecuado, corresponde aclarar que concepto y que definición utilizaremos en el desarrollo de los instrumentos de la presente tesis. Además, se requiere exponer porqué es necesario construir un nuevo instrumento, o para ser más precisos, dos nuevos instrumentos (uno de respuesta individual y uno de respuesta colectiva) que ofrezcan la posibilidad de complementarse entre sí. Comenzaremos abordando la elección del término a utilizar.

### **1. Selección del término clima social v/s cohesión.**

Si bien los conceptos cohesión y clima parecen referirse a un mismo campo semántico, quisiéramos destacar algunas diferencias que nos llevan a optar por el segundo término. La primera es una diferencia sutil. El clima social, desde su concepción original, parece referirse al “qué” sucede dentro de la situación total (gestalt) del grupo u organización. La cohesión, en cambio, parece referirse al “porqué”. Si consideramos la definición original de Festinger et al. (1950) y las derivaciones que se han hecho, que ponen el acento en comprender “que es lo que hace que las personas permanezcan juntas” en un grupo u organización, parece que lo que se puede decir es el “por qué” lo hacen, más que lo que sucede en la situación misma. Sin discutir el interés de esta última pregunta y por ende, comprender el proceso, en nuestro estudio nos interesa centrarnos primero en lo que sucede, asumiendo que esto además es un imperativo lógico. Esto es, comprender el “qué” antes que el “por qué”. Ahora bien, es necesario precisar que lo que se evalúa no es lo que sucede objetivamente, si es que se puede usar ese término en psicología social, sino lo que las personas “perciben” o creen que sucede. Entonces, reformulando, el clima se referiría a lo que las personas “perciben que sucede”.

Un segundo argumento para optar por este concepto, es el hecho de que el concepto de *clima* es más amplio que el concepto de *cohesión*. El ejemplo básico, es el intento de “forzar” la presencia del liderazgo dentro de la cohesión, así como de otras dimensiones o variables tales como el conflicto o la evitación. Si bien se ha recurrido a la expresión “*cohesión en sentido amplio*” o “*cohesión amplia*” (whole cohesion) (Yalom 2000; Yalom, 2005), sigue pareciendo ilógico desdibujar los límites del concepto cohesión,

para encajar todo un conjunto de variables que se asocian y suceden simultáneamente. Por ello, a pesar de que el concepto *cohesión* ha sido más utilizado, creemos que sería inexacto utilizarlo en esta investigación.

Se podría decir que los dos argumentos expuestos anteriormente no son compatibles, puesto el primero diferencia entre instante y proceso, mientras que el segundo lo hace por nivel de inclusividad. Por ello, es necesario aclarar que aunque la cohesión pueda considerarse un proceso, ello no impide que esté presente en la situación inmediata. De hecho, algún mínimo nivel de cohesión debe existir (ya sea cohesión de tarea o social) para que las personas o familias permanezcan en el grupo. De lo contrario, podrían irse a los pocos minutos de iniciada la sesión. La demostración de ello es que efectivamente eso sucede a veces, aunque con poca frecuencia, en los grupos de autoayuda (y probablemente en los grupos de psicoterapia), las personas o las familias deciden irse en mitad de la sesión o antes. Más allá de la interpretación psicológica que ello pueda tener, lo importante es que sucede y esas personas o familias pueden no regresar nunca más al grupo. Entonces, se puede ver que un mínimo de cohesión es necesaria para que las personas o familias permanezcan en el grupo, por lo que incluir la cohesión dentro del clima social es razonable. Con todo, es necesario decir que una forma más sutil de “irse” es dejar de participar (activamente conversando o pasivamente prestando atención) en el grupo.

Lo anterior no impide concebir el clima como un proceso dinámico, sino que hace hincapié en el hecho de prestar atención al momento mismo en que se desarrolla la acción del grupo, antes que a la sucesión de momentos.

## **2. Aspectos esenciales del “nuevo” concepto de clima.**

En nuestro estudio pretendemos retomar elementos del concepto de *clima* en su concepción original. En este sentido, es importante recordar el vínculo de Lewin con la escuela de la Gestalt. Por ende, es vital la comprensión de la totalidad. Su teoría de campo además es precursora de las concepciones sistémicas posteriores. Esto último resalta la pertinencia de abordar la concepción sistémica familiar del PEM, desde una comprensión como ésta. Para Lewin la conducta está determinada por la situación presente, estando el énfasis en comprender “el aquí y el ahora”, interés que es propio de la perspectiva gestáltica (Agazarian & Janoff, 1998; González, 1997; Munich, 1998; B.



Schneider et al., 2000). Esto no implica desconocer la temporalidad, sino considerarla de acuerdo al nivel de análisis que se quiera hacer. De esta manera, mientras el nivel de análisis sea mayor, más amplio es el periodo temporal a considerar, diferenciando entre estudiar un momento concreto o un proceso (González, 1997). Esto nos lleva a que la evaluación de la experiencia que las personas están teniendo debe hacerse en el momento presente como una totalidad.

Según B. Schneider et al. (2000): “el sentido que las personas otorgan a los patrones de experiencias y de conductas que ellas tienen, o que tienen terceras partes presentes en la situación, constituyen el clima de la situación” (p. 22).

Nos parece que en la mayoría de las investigaciones revisadas se ha descuidado este aspecto del “aquí y ahora” en la medición del clima, particularmente del clima en grupos de terapia y *counseling*, en parte debido a la preocupación por establecer patrones antes que captar la experiencia presente del grupo. Por otra parte, a nivel organizacional parece mayor el interés por establecer una definición estable del clima, más que reconocer su proceso dinámico.

Podemos afirmar que la experiencia no puede darse fuera de los individuos, sino que se genera en estos, a partir de las interacciones de unos individuos con otros y con su ambiente, y los significados que emergen de ello momento a momento. Por ello, capturar el tiempo presente del grupo es esencial.

En el apartado de *clima* (IX) se ha revisado el concepto, evidenciándose que se acepta actualmente como fundamental que el clima está constituido por las percepciones compartidas de los miembros de un grupo u organización (Schneider et al., 2000). Sin embargo, considerar a priori el clima como las “percepciones compartidas” omite un aspecto importante de cualquier grupo u organización. Esto es, que las distintas personas pueden destacar diferentes aspectos de la situación presente. Probablemente sea más preciso hablar de las percepciones compartidas por la mayoría de los integrantes de un grupo u organización, más allá que pueda procurarse que aquellos que no comparten en un determinado momento una percepción, lo hagan en un futuro.

Eso nos lleva a las diferencias naturales entre las percepciones situacionales de las personas. Puede ser que en grupo, 7 de cada 10 personas consideren que se da una buena oportunidad para expresarse. Entonces ¿Se puede decir que sea un clima que favorezca la expresividad? por otra parte, si en el mismo grupo 8 de cada 10 consideran que el liderazgo promueve el empoderamiento ¿Se puede decir que existe un clima de empoderamiento? Es factible utilizar, como se ha hecho en ocasiones, la desviación típica como criterio estadístico. Sin embargo, se sigue evadiendo el hecho de que en la definición misma del concepto clima no se incluya la expresión "compartidas por la mayoría". Aunque se pueda incluir la expresión "compartidas por consenso", pero ¿Se puede decir realmente que hay consenso en ambos ejemplos presentados? O ¿Es mejor aceptar que las percepciones no son compartidas por todos ni de manera consensuada, pero sí por la mayoría?

Utilizar la estrategia de preguntar al grupo en su conjunto para buscar el consenso no garantiza que éste se alcance realmente, puesto que la presión social y la deseabilidad social entran en acción en ese momento, además de la presión temporal en caso de que para concluir cuanto antes, se evite el debate. Esto no quiere decir que no sea útil contar con ésta fuente de información, sólo destacamos que no garantiza resolver el problema que se generaría si lo que considera la mayoría simplemente se impone al resto.

Por otra parte, puede ser que el consenso no se genere hasta que no emerja en la conversación. Por ende, en un grupo donde no se generen oportunidades frecuentes para conversar sobre la situación presente y sobre el proceso, no se está dando la oportunidad de generar consenso, puesto que el consenso se logra a través del diálogo y no en los pensamientos individuales. Si una percepción no se comparte, en el sentido de expresársela a otros, no puede ser compartida por otros, en el sentido de estar de acuerdo. Por ello, se puede afirmar que para “compartir” percepciones sobre algo, es necesario tener ocasión de compartir las percepciones individuales mediante la conversación. Por ende, nos permitimos afirmar que no es posible alcanzar o registrar el consenso mediante ningún procedimiento estadístico. No estamos afirmando que el consenso se genere sólo directamente en lo que se dice, puesto que los grupos de discusión sirven precisamente para recoger algo más allá de lo que se dice directamente, pero consideramos necesario tener ocasión de compartir las percepciones para poder hablar propiamente de consenso. Ahora bien, sin entrar en la polémica de si las

entrevistas en profundidad, u otras técnicas cualitativas, sirven o no para conocer elementos subyacentes en una organización (que es lo se hace muchas veces en la investigación de la cultura organizacional) lo que proponemos es que la manera más adecuada de conocer la dinámica de lo que sucede en un momento determinado, es preguntar sobre las percepciones que tienen las personas en ese momento, buscando tras la expresión individual de las mismas, conocer el consenso grupal. Ésta es la lógica sigue la propuesta de utilizar dos instrumentos complementarios.

Otro aspecto importante, a propósito de la percepción de la mayoría, es el papel que ocupan las personas que están en “el límite” del grupo u organización, es decir, aquellas personas que no comparten la percepción de la mayoría. Estas personas pueden ser consideradas como “ovejas negras” o como “innovadoras” al tener puntos de vista diferentes de la situación, y mientras más puntos de vista diferentes tengan mayor podría ser su estatus de “persona límite”. Sin embargo, su falta de acuerdo con el grupo puede ser nutritiva o estimulante para éste, razón por la cual pueden ser consideradas especialmente valiosas para el grupo. Por ejemplo, si en un grupo de autoayuda alguien se atreve a decir que en esa sesión “no se ha trabajado con profundidad en los temas, sino que se ha evitado entrar en los problemas reales”, el comentario de esa persona puede ser realmente una aportación para el grupo y puede resonar en el resto de los integrantes o no. Sin embargo, para que tenga la oportunidad de resonar es necesario que se produzca un espacio de evaluación del grupo, donde al buscarse consenso se planteen los puntos de vista diferentes. Con todo, esto puede suscitar el interrogante sobre el nivel de preparación de las personas para defender sus puntos de vista (algo que está relacionado con el empoderamiento), puesto que si después de expresar desacuerdo, la persona asume inmediatamente la opinión de la mayoría de su grupo, su discrepancia no tendría un efecto potente. En consecuencia, ese consenso no tendrá la misma calidad.

Consideramos que a pesar de que el consenso grupal sobre el clima debe ser el objetivo a alcanzar en la evaluación del clima social, es necesario tener presente que mediante agregaciones estadísticas sólo se tiene acceso a las percepciones de todos los integrantes de un grupo. Hemos suprimido la expresión “compartidas por” en consideración al análisis anterior, donde compartir sólo puede darse a través de una conversación, según nuestro punto de vista. No pretendemos decir que el acceso a las percepciones predominantes en un grupo (la percepción de la mayoría) no sea útil, puesto que lo es,

sino que queremos destacar el hecho de que no es lo mismo que tener acceso al consenso grupal, en caso que éste tenga oportunidad de expresarse.

El problema de las “personas limite” en un grupo u organización es que ellas pueden no considerarse parte de del grupo u organización en el que participan (en una o múltiples ocasiones). Esto es especialmente cierto en el caso de las personas que asisten a un grupo de autoayuda de forma literal o figurativamente forzada, es decir derivados directamente por un juzgado o presionados fuertemente por su familia a asistir. Una persona o familia que no asumen que tiene un problema es bastante poco probable que se considere parte de un grupo que se reúne para encontrar soluciones a sus problemas. Entonces ¿es probable que esté de acuerdo con la mayoría? De existir dos o tres personas en ésta situación dentro de un grupo de diez ¿Es posible hablar de consenso? Evidentemente esto debe ser analizado por dimensiones, aquellas que se decida incluir en determinado instrumento, si bien es algo que es necesario tener presente en el intento por conocer las “percepciones compartidas”.

Respecto al tema de cómo valorar la relación miembro-grupo, consideramos necesario plantear que dicha relación está definida por la interacción que se genera entre la persona y el grupo, al menos a nivel de los grupos de autoayuda, entendiendo dicha interacción como el intercambio entre lo que la persona aporta o entrega al grupo y lo que la persona recibe de este. Ahora bien, esto no se refiere al intercambio real, sino al percibido. Un supuesto importante es que asumimos que mientras mayor sea la interacción percibida con el grupo, mayor será la pertenencia percibida al grupo.

Por otra parte, es necesario conocer la percepción que la persona tiene del grupo en su conjunto. Esto último es imprescindible para saber cómo valora al grupo, sin embargo, no es suficiente para conocer el grado en que la persona percibe que forma parte de éste. Ahora bien, es posible que al ser elevada, la interacción de la persona con el grupo y consecuentemente la percepción de pertenencia a éste también lo sea, y esto tienda a mejorar la imagen percibida del grupo en su conjunto. De acuerdo con lo revisado sobre lealtad de grupo, esto sería posible. Incluso sería factible, como a veces hemos notado desde la experiencia, que un grupo actúe defensivamente ante la presencia de personas externas, queriendo mostrar lo mejor de sí o queriendo decir lo mejor de sí mismos (siendo esto último más fácil, puesto que generar una dinámica de toda la sesión que no se base en las relaciones habituales que se dan en ese grupo es mucho más difícil de

hacer, por no decir impracticable). Con todo, es necesario que el acercamiento del evaluador o evaluadora sea cordial y no amenazante, enfatizando que el fin de la evaluación es retroalimentar al grupo.

### **3. Estilos de redacción como estrategia para captar la relación individuo/todo.**

B. Schneider et al. (2011) llaman la atención sobre el hecho de que no se ha investigado sobre las diferencias que se pueden generar por la distinta redacción de los ítems. Estos autores se refieren a la diferencia entre redactar los ítems enfocados hacia las percepciones que afectan directamente al individuo (e.g., “la empresa recompensa mis esfuerzos”) y los ítems enfocados a las percepciones de cómo afecta a todos los individuos de la empresa (e.g., “la empresa recompensa los esfuerzos de los empleados”). Nosotros también detectamos esta ausencia, aunque le damos una perspectiva diferente, al preguntarnos por la diferencia en la redacción de los ítems enfocados a lo que la persona percibe que recibe (e.g., “me siento acogido en la organización”), lo que la persona percibe que aporta (e.g., “siento que contribuyo a que otros se sientan acogidos en ésta organización”) y finalmente la imagen que percibe la persona (e.g., “los empleados de la empresa se sienten acogidos en ella”). Es importante notar que en nuestra propuesta, comparar los ítems no es para optar por un tipo de redacción u otra, como es la intención de B. Schneider et al. (2011), sino para complementar las tres formas de redacción en un solo instrumento de aplicación individual y así obtener una visión completa sobre la percepción del momento<sup>45</sup>.

Un aspecto que no se ha abordado en ninguno de los instrumentos revisados, es la diferencia entre lo que cada miembro del grupo percibe recibir del grupo, lo que percibe estar aportando al grupo y la visión o percepción general que tiene del grupo. Si bien la visión general del grupo es la que habitualmente se pretende recoger en los instrumentos. Como hemos visto antes, teóricamente, esta diferencia podría asociarse a un nivel diferente de interacción con el grupo, en consecuencia, con un nivel diferente de participación y de compromiso con el grupo. No obstante, consideramos necesario explicar más extensamente las posibilidades que ofrece hacer ésta distinción.

---

<sup>45</sup> Los ejemplos se han redactado a nivel organizacional, para compararlos con los ejemplos de B. Schneider et al. (2011). Sin embargo, ésta distinción es válida también para el nivel grupal.

Es posible que el usuario perciba recibir un considerable número de beneficios del grupo, pero perciba que no aporta en igual medida. O por el contrario que el usuario perciba recibir pocos beneficios, pero realizar un considerable aporte. Por tanto, es interesante abordar esta diferencia en el instrumento a diseñar, dejando claro que nos referimos al instrumento de respuesta individual. Aunque esto cuenta con la limitación de que es transversal a todas las otras dimensiones posibles, por lo que puede resultar más difícil de recoger. Por ejemplo, en cohesión social, puede ser que sujeto sienta que el grupo le apoya, pero que él o ella no hace nada especial por apoyar a otros miembros del grupo. Por otra parte, puede ser que el individuo perciba que los otros miembros tienen alta cohesión, y responda en consecuencia que es un grupo cohesionado, sin que él sienta que participa de esa cohesión. Lo mismo que sucedería en una sala de clases donde el 80% de sus miembros tuviesen estrechos vínculos, pero un 10% tuviese escasa relación con el resto. Pudiese ser que los miembros de esta última categoría perciban, al igual que el resto, que el grupo tiene una elevada cohesión, pero ello no implica que ellos se sientan parte de éste.

Por otra parte, también es posible que un usuario o usuaria perciba que aporta considerablemente al grupo, pero que aún así su visión general del grupo sea moderadamente buena y no óptima. Desde luego, puede ser interesante conocer la relación entre lo que el usuario percibe recibir y lo que percibe aportar.

Podría argumentarse que sólo es importante obtener la visión general de las diferentes categorías del clima grupal, pero esto perdería de vista no sólo el aspecto teórico antes expresado, sino que también el aspecto práctico. Por ejemplo, no es útil saber que el 80% de los miembros de un grupo consideran que ese grupo tiene una alta cohesión, si desconocemos que un 30% perciben recibir pocos beneficios de su participación en el grupo (cada porcentaje se refiere a aspectos diferentes). Este último dato es el que nos permitiría intervenir para mejorar el funcionamiento del grupo, prestando particular atención a promover la adherencia.

#### **4. Necesidad de nuevos instrumentos como consecuencia de un concepto más dinámico.**

Hemos señalado que para el presente trabajo se ha decidido emplear el concepto de *clima social*, debido a que es más amplio. Además de ser más pertinente para el propósito del desarrollo de los instrumentos para evaluar el Programa Ecológico Multifamiliar. Éste es un concepto más preciso para describir la dinámica que se genera dentro de los grupos de autoayuda y dentro del marco más amplio del programa. No obstante, ahora es necesario explicar porque los instrumentos que existen para medir clima no nos parecen adecuados.

Es importante destacar dos aspectos esenciales que permiten apreciar la inadecuación de los instrumentos existentes para medir el clima social en los grupos del Programa Ecológico Multifamiliar. El primero de ellos es la temporalidad. Estos instrumentos están diseñados para trabajar con grupos terapéuticos o con grupos de apoyo, que aunque pueden estar basados en principios de autoayuda, tienen una dimensión temporal preestablecida. Esto se evidencia en las preguntas en torno a la agenda del grupo en cada sesión. En este tipo de grupos es posible que en 12 o 16 sesiones diferentes, las tareas puedan ser progresivas y distintas en cada sesión. Sin embargo esto no ocurre en un grupo de autoayuda propiamente auto-gestionados, puesto que se vuelve muchas veces sobre problemas similares, presentados por los distintos miembros del grupo, e incluso a veces por los mismos miembros en más de una ocasión, a lo largo de las sesiones. Además, es un hecho que en los grupos de auto-ayuda, incluidos los del Programa Multifamiliar, no todos los miembros inician su membresía en el mismo momento, excepto escasas ocasiones. Esto brinda variedad en la experiencia de los miembros, aunque a su vez implica una mayor dificultad para evaluar el grupo.

Otro aspecto en que se diferencia es en la importancia de líder de grupo. En un primer momento es necesario destacar que el coordinador de grupo no necesariamente es el líder de grupo, puesto que existen líderes naturales entre los miembros, y eso sería simplificar los roles. Un buen coordinador de grupo, de acuerdo al PEM, es aquel que permite que la dinámica del grupo fluya y que los propios miembros pregunten a otros como se encuentran en esa sesión. El coordinador está atento a que la conversación no se desvíe del tema principal, a la vez que procura que el tiempo se distribuya

adecuadamente entre los participantes, en un ambiente de respeto mutuo. Pero todos los miembros del grupo pueden colaborar en esto. Usualmente los miembros más antiguos del grupo son activos en esta colaboración.

En un grupo de psicoterapia es más fácil identificar al terapeuta como el líder de grupo, si bien queda pendiente la cuestión sobre los posibles líderes naturales del grupo, puesto que estar a cargo de un grupo no es lo mismo que liderarlo. Ahora bien, más allá de ésta precisión, es necesario notar que en estos grupos los miembros se consideran a sí mismos “pacientes” y tienden a asumir un papel más pasivo, depositando la responsabilidad sobre el terapeuta. Esto es todo lo contrario que se incentiva en los grupos de auto-ayuda, particularmente en los pertenecientes al PEM. Es necesario mencionar que en otros grupos de auto-ayuda como Alcohólicos Anónimos, el coordinar el grupo puede ser un rol rotativo entre los miembros. Sin embargo, esto no es así en el caso del PEM, puesto que el coordinador de grupo es quien está a cargo de mantener bien comunicado al grupo con el resto de los segmentos del PEM.

De todas formas, las investigaciones han brindado un papel relevante al rol del terapeuta en tanto líder del grupo. Incluso Wilson et al. (2008) encuentran que su peso es mayor que el de la cohesión. No obstante, y este es el segundo aspecto importante de diferenciar entre grupos de psicoterapia y grupos de auto-ayuda, en la investigación cualitativa previa no apareció el rol del coordinador, supuesto líder de grupo, como algo fundamental en las características del club. Los usuarios hablan en todo momento del grupo como generador del ambiente que ellos experimentan. No obstante, el instrumento que se presenta en este trabajo, incluirá algunas preguntas sobre liderazgo, aunque por lo mencionado anteriormente no se espera que sea tan relevante. Es importante resaltar que en el estudio cualitativo previo (J. A. Flores, 2008), los participantes del programa no otorgaron un especial importancia al rol del coordinador de grupo. Se asume que su rol es no directivo la mayor parte del tiempo. Lo que sí fue destacado por los participantes, fue que el coordinador se mantuviese en contacto con el programa, estuviese bien preparado en los principios del programa y contase con estrategias de auto-cuidado.

En cuanto a la cohesión social, considerándola una dimensión del clima, existen elementos que hacen especialmente inadecuadas para los grupos de autoayuda algunas



de las preguntas que aparecen en los instrumentos de MacKenzie (1983) y de Wilson et al. (2008) e incluso en la categoría de cohesión del instrumento de clima social de Moos (1994). Por ejemplo, no es pertinente preguntar a los miembros sobre actividades sociales fuera del grupo o su interés por desarrollar relaciones de amistad con los otros miembros, debido a que tanto el PEM como otros programas de adicciones, especifican que los miembros de un grupo deben evitar relacionarse fuera del grupo o contraer vínculos de amistad. En parte esto se debe a la probabilidad de que asistir a eventos sociales juntos, en contextos ajenos al programa, puede potenciar el riesgo de recaídas en el consumo. De esta manera, afirmaciones como “el grupo es un buen lugar para hacer amigos” o “me gustaría participar de eventos sociales con otros miembros” quedan fuera de lugar, por ende, nuestros instrumentos se centran en la cohesión social que se genera estrictamente dentro y durante la sesión del grupo.

## **5. Abordaje de los niveles de medición.**

Finalmente, el problema esencial del nivel de medición también pretende ser abordado de una manera novedosa en el presente estudio. Aunque algunos autores puedan refugiarse en sofisticaciones estadísticas sobre la base de las respuestas individuales, esto parece una solución paradójicamente simplista. B. Schneider et al. (2011) consideran que el problema se resuelve mediante la redacción de los ítems, distinguiendo, como hemos ejemplificado antes en este apartado, entre la redacción que se dirige a conocer el efecto sobre el individuo versus los ítems que se refieren a las percepciones que afectan a todos los individuos de su organización. Estos autores sostienen que optando por ésta última redacción se abordaría de manera correcta el nivel que se requiere para hablar de clima organizacional. No obstante, nosotros consideramos que esto no pone fin al problema, porque en esa diferencia no queda claro si el sujeto se incluye o no entre los sujetos que son afectados por determinada dimensión del clima en su organización o grupo. Pudiera ser que el sujeto perciba que los trabajadores reciben una compensación adecuada por sus esfuerzos, excepto él o ella. También es posible que el sujeto perciba que todos son tratados con justicia, menos él o ella. Si varios trabajadores piensan así, entonces tendríamos una información bastante imprecisa del clima, que no sería fiable para tomar decisiones.

Por otra parte, para abordar mejor el nivel de medición grupal, y como complemento a la información que se obtiene de las respuestas individuales, parece una buena opción evaluar el consenso grupal sobre las dimensiones identificadas, como sugiere MacNair-Semands (2000)<sup>46</sup>. El abordar simultáneamente aspectos individuales y grupales en el análisis de los resultados puede enriquecer la visión de la dinámica que se genera en la construcción del clima social del grupo. Asimismo, al adoptar este enfoque dual, se pretende evitar el pensamiento grupal en la valoración del clima social del grupo, a la vez que ir más allá de la mera adición de las percepciones individuales.

Otro aspecto que es decisivo en los presentes instrumentos, es su focalización en la sesión presente del grupo de auto-ayuda, no en las sesiones en conjunto. Con esto se pretende recoger un aspecto dinámico, que pueda servir para comparar diferentes sesiones entre sí. Sería interesante estudiar si, pese a la rotación esperada en estos grupos, se logra establecer cierto clima permanente del grupo en sí, a lo largo de varias sesiones. Ello implica realizar mediciones a lo largo de varias semanas o incluso meses de funcionamiento del grupo.

Sin duda, es importante prestar atención al momento en que se aplican los instrumentos, puesto que las sesiones de los grupos de autoayuda son en un momento determinado y con una intensidad emocional importante. Entonces, el recoger las percepciones sobre ese momento debe hacerse “en caliente”, es decir, lo más pronto posible tras la finalización de la sesión. Por ello, los instrumentos que proponemos en esta investigación (de respuesta individual y de respuesta colectiva) deben ser aplicados apenas finaliza el grupo. Esto evita los problemas que genera preguntar sobre recuerdos de una situación. Ahora bien, esto puede ser diferente cuando se aplica a grupos de trabajo cuyos integrantes se ven todos los días, puesto que la frecuencia disminuye la intensidad de la experiencia, además de la notable diferencia en el contenido de lo que se intercambia, puesto que hablar de solucionar problemas personales es completamente diferente de hablar sobre solucionar problemas de la empresa.

Conviene señalar que B. Schneider et al. (2011) en una de la más recientes revisiones del concepto de *clima*, destacan precisamente que falta investigar sobre las diferencias

---

<sup>46</sup> El consenso como evaluación tiene la limitación de ser difícil de trasladar desde el nivel de grupo a toda la organización, puesto que es posible que todos los miembros de un grupo conversen para llegar a un consenso, pero ello es impracticable a nivel de organización.

que se genera en el clima de una organización, de acuerdo a la frecuencia con que los miembros de la misma interactúan entre sí, e interactúen con sus clientes. Sin embargo, los datos disponibles hasta el momento sugieren que una mayor interacción entre los miembros de la organización genera mayor cohesión, y una mayor interacción con los clientes genera mayor satisfacción en estos últimos.

Por otra parte, cuando se evalúa el clima a nivel de la organización, incluso en la misma organización social donde se incluyen los grupos de autoayuda, no es necesario que la aplicación se hagan al finalizar los grupos de autoayuda, considerando que las preguntas son sobre toda la organización. De hecho, no sería recomendable para que no se confundan los niveles a los que está dirigida la evaluación. Aunque si sería conveniente que se hicieran al finalizar alguna actividad propia de la organización. En nuestro caso, alguna de las actividades de los otros segmentos del Programa Ecológico Multifamiliar, tales como congresos nacionales o jornadas inter-clubes.

La evaluación por observadores externos, también sugerida por MacNair-Semands (2000) nos parece un paso necesario también, que permitiría contar con una triple fuente de información. Una versión de una pauta de observación inspirada en las mismas categorías que se usa en nuestros instrumentos, las cuales se detallaran más adelante, puede encontrarse en el anexo nº 1. Sin embargo, hemos optado por construir y validar primero los dos instrumentos antes mencionados. Hallar la fiabilidad inter-jueces y demás requerimientos que son necesarios para validar una pauta de observación, sólo tiene sentido una vez que conozcamos cómo se comportan los instrumentos que se proponen en ésta investigación, y las dimensiones que en ellos se proponen. Hacerlo antes, supone una inversión de tiempo y recursos que no se justifica, puesto que pueden surgir modificaciones a la pauta de observación.

## **6. El rol del sujeto en la creación del clima.**

Un aspecto controvertido que dejan traslucir las definiciones de clima y de cohesión desde nuestro punto de vista, es el rol pasivo que parecen asignar al sujeto. Entonces parece ser que el clima fuese lo que le sucede al sujeto, lo que percibe que le sucede. Sin embargo, esto es inconsistente con las definiciones de grupo, que enfatizan dos aspectos esenciales: interacción e identidad social, y con el enfoque comunitario de la

intervención social. Más allá de que ambos conceptos pueden ser considerados como extremos en tanto que han generado polémica dentro de la psicología social, no hay nada que impida que ambos conceptos se ocupen en conjunto para definir un grupo.

Si estar en un grupo no es un proceso que “nos sucede” sino que tomamos parte activa en éste, entonces es necesario otorgarle un papel activo al sujeto: activo tanto en la interacción a la que contribuye como en el proceso de auto-categorización que permanentemente realiza. En este sentido nos parece importante diferenciar entre la construcción social de la percepción y el rol activo del sujeto dentro del clima.

Actualmente se asume que el sujeto construye, en mayor o menor medida, su realidad social. Desde nuestra perspectiva esto no significa que el sujeto tenga un rol activo en el clima, sino sólo en la construcción de la percepción (que debería construirse en forma colectiva para hablar de percepción grupal). Puede ser que el sujeto construya una percepción muy favorable del clima de su empresa o equipo, aunque objetivamente sus condiciones laborales no sean mejores que las de otros equipos o empresas. Por el contrario, puede ser que el sujeto construya una percepción muy negativa de su empresa, aunque sus condiciones laborales sean significativamente superiores al resto de equipos o empresas. En los ejemplos anteriores es claro que la persona tiene un rol activo en la construcción de la percepción. No obstante, esto nos dice poco sobre su rol activo en la dinámica del clima social a nivel de grupo u organización. Nos parece necesario destacar más claramente la interacción de las personas en los grupos u organizaciones en el clima que contribuyen a construir. Preguntar por lo que perciben recibir es “la mitad” de la información sobre la interacción, por tanto, es preciso preguntar por la percepción de lo que se percibe que se entrega. Además, preguntarlo por separado no tiene sentido sino que debe considerarse como interactúan ambos aspectos.

Por ejemplo si en un equipo de trabajo una persona es particularmente cordial con sus compañeros de trabajo y procura mantener un buen ambiente ¿Cómo puede medirse o valorarse la aportación que esa persona hace? Si toda la información que obtenemos de esa persona en un instrumento de clima social se refiere a como ella percibe la organización en general, estamos dejando fuera esta valiosa información. Entonces no se trata sólo de asumir el rol activo en la construcción de significados, sino en la construcción misma del clima.

El hecho de que las definiciones de cohesión de Yalom (2000) y todas las que se derivan de ella para su aplicación a la terapia de grupo, como la de Burlingame et al. (2001, 2011a) enfatizan las relaciones que se dan dentro del grupo (miembro-líder, miembro-miembro y miembro-grupo) tampoco brinda una idea suficientemente dinámica de la situación. Considerar el “vínculo” que se da en todos esos niveles está eludiendo el hecho de que la interacción es un proceso previo al vínculo, y que la interacción es el aspecto más social de las relaciones grupales. Por ello, lo importante en la interacción es el intercambio que se produce.

Si el sujeto fuese “pasivo” en su experiencia de la situación y del proceso del grupo, entonces no habría una explicación coherente de el porqué los sujetos abandonan los grupos y las organizaciones. Nosotros afirmamos que el sujeto permanecerá en el grupo mientras perciba que esto le reporta algún beneficio. Cuando deja de percibir éste beneficio, no importa que tan directivo o autoritario sea el grupo o la organización, puesto que la abandonará. El ejemplo más claro lo brindan los propios teóricos de la gestalt, al abandonar el país que ha sido considerado el ejemplo máximo de autoritarismo, la Alemania nazi. Aunque en este caso estemos aplicando el concepto a nivel de grupo-nación, tal y como nos permite la teoría de la identidad social.

Por otro lado la relación paciente-terapeuta, que precisamente es cuestionada por los movimientos de autoayuda, nos brinda un ejemplo claro de dinamismo. Cada parte percibe una imagen de la otra, y luego cada parte percibe la interacción. Esta interacción se concreta en el intercambio que se produce entre ambos. Es decir, entre lo que cada uno aporta al otro y recibe de éste. Si el paciente deja de aportar información o el terapeuta deja de aportar interpretaciones, la relación seguramente termine. Lo mismo ocurriría si el paciente deja de percibir beneficio (aunque el terapeuta también necesita percibir beneficio, al menos el económico).

Trasladar las relaciones de la diada paciente-terapeuta a la multiplicidad de relaciones que se generan en un grupo de terapia, requiere tener en cuenta que el intercambio también se genera a ese nivel. Independientemente de que cada miembro del grupo se pueda relacionar de manera individual con el resto de los miembros, un miembro del grupo terminará relacionándose con el grupo en su conjunto. Aunque podríamos

introducir el concepto de *entatividad*<sup>47</sup>, no lo emplearemos ya que requiere tiempo para desarrollarse, y ahora nos estamos refiriendo a un proceso que se da desde el primer momento en que el sujeto se relaciona con el grupo. El sujeto se relaciona con el conjunto de sujetos. Esto puede obedecer al principio básico de economía de los recursos cognitivos (e.g., en la formación de estereotipos), pero el hecho es que interactuar con el grupo, le brinda al sujeto la oportunidad de ir construyendo una imagen de éste (aunque esa construcción sea instantánea).

La auto-categorización que el sujeto genera en los distintos grupos en los que se considera parte no la consideramos como algo estático, sino también dinámico, aunque esto no se enfatice en las concepciones de auto-categorización. El sujeto constantemente actualiza las categorías sociales dentro de las que se considera incluido. Suponer que el sujeto se categoriza desde su entrada al grupo sería inexacto; especialmente en los grupos de autoayuda, donde la mayoría de los sujetos llegan negando tener un problema o tener algo en común con esas personas, pero su necesidad de ayuda es tal que están dispuestos a “probar” ese grupo.

McClendon y Burlingame (2011), tras analizar exhaustivamente diversas definiciones de clima social, concluyen que existen tres líneas fundamentales de definiciones. La primera y predominante considera el clima como la atmosfera emocional general del grupo. La segunda línea agruparía aquellas definiciones que consideran que el aspecto dinámico del clima viene dado por la interacción de dos o más fuerzas presentes en las definiciones (p.ej. armonía-ira, compromiso-evitación, etc.). Finalmente una tercera línea de definiciones sería la que considera que el clima es sinónimo de cohesión.

Si bien nos hemos centrado en la segunda línea de definiciones por cuanto nos interesa particularmente lo dinámico, nosotros consideramos que la interacción que se genera no es explícitamente aclarada. De esta manera nos parece que es un dinamismo insuficiente. Por ello, sirviéndonos del *principio terapéutico del ayudador* consideramos que es relevante prestar atención a cuanto aporta cada persona en relación a lo que recibe. Este intercambio entre lo que se aporta y lo que se recibe del grupo, tiene la ventaja de que puede ser entendido en diferentes niveles de inclusión.

---

<sup>47</sup> Una revisión del concepto de entatividad puede encontrarse en Yzerbyt, Judd y Corneille (2004).

## **7. Desafíos de la evaluación de grupos de autoayuda.**

Los grupos de autoayuda suponen un desafío muy interesante tanto a los profesionales que trabajan en sanidad pública como a los investigadores. Esto es a causa del especial dinamismo con que cuentan. En tanto grupo, de acuerdo los elementos básicos que comparte con cualquier grupo, podríamos en un primer momento compararlo con los equipos de trabajo en las empresas. La estabilidad base de esos grupos está dada por que las personas reciben un salario por participar, (sin desconocer otros factores que puedan entrar en juego). Luego, podemos compararlos con los grupos psicoterapéuticos, en cuyo caso la estabilidad se debe a que son los usuarios los que pagan por el tratamiento la mayoría de las veces. No obstante, en los casos que no pagan al estar incorporados como parte de un servicio gratuito ofrecido por un sistema sanitario en algunos países, los profesionales responsables de la intervención toman la precaución de seleccionar los usuarios que ellos consideren aptos para someterse a tratamiento, además de brindar un encuadre a los pacientes.

Los grupos de apoyo (como los hemos definido en el apartado V) pueden tener o no un proceso de selección, pero aun así como en los casos anteriores tienen un tiempo limitado (los equipos de trabajo se limitan a metas temporales). Más allá de todos ellos, los grupos de autoayuda no tienen elemento externo que les brinde especial estabilidad, sus integrantes son libres de entrar y salir, no tienen que someterse a ninguna proceso de selección, ni tienen una limitación temporal. Su único fundamento para tener estabilidad es la necesidad de recibir ayuda. Ahora bien, esta no es una necesidad menor, pero tiene la limitación de no ser estable. Muchas veces los usuarios al experimentar las primeras mejoras abandonan el grupo, y eso puede suceder a la semana, al mes o en cualquier otro momento. Esto hace particularmente necesario prestar atención al momento presente de la situación para comprender la experiencia que tienen los participantes de un grupo y tratar de comprender como ayudarle al grupo a generar el escenario más adecuado para que sus participantes se mantengan en el tiempo. Más bien, el cómo mostrarles información que ellos pueden usar para ayudarse a generar dichos espacios. Como ya hemos visto no se trata sólo de generar un clima cordial, sino que debe ser un lugar donde se pueda trabajar sobre los problemas que reúne a los participantes, de lo contrario un grupo de autoayuda no sería mejor que el apoyo social básico que ofrezca un grupo de amigos.

En este sentido es importante destacar que los sujetos “prueban” diferentes grupos a lo largo de su vida, lo que no significa que se sientan parte de ellos. Por ello, no es sorprendente decir que los usuarios de los grupos de autoayuda constantemente prueban si el grupo en que participan les sirve.

## **8. Propuesta de definición**

Consideramos importante proponer una definición dinámica de cohesión que sea aplicable tanto a nivel grupal como organizacional. Aunque coincidimos con Anderson y West (1998) en que puede ser más relevante estudiar el clima proximal de los equipos o grupos versus el clima distal de toda una organización. No obstante, consideramos que esto último arroja también información útil. Con todo, nuestra prioridad en este trabajo ha sido estudiar el clima a nivel de los grupos de autoayuda antes que de toda la organización del PEM.

El trabajo de Lewin (1951/1988) proporciona suficientes conceptos como para hacer este análisis. Por ello, creemos conveniente rescatar algunos elementos claves de su *teoría de campo*. El primero es su comprensión del fenómeno social como una situación total, donde múltiples elementos interrelacionan. Esa concepción gestáltica lejos de dificultar el análisis, lo enriquece. Un segundo concepto, ligado al anterior, es el *espacio vital*, que consiste en “la persona y el ambiente psicológico tal y como existe para ella” (Lewin, 1988; p. 65). Este concepto es aplicable también a los grupos según el propio autor.

Un tercer elemento es el énfasis de Lewin en examinar el tiempo presente, la *contemporaneidad* de la situación. Este “aquí y ahora” implica prestar atención a la situación tal y como ocurre en un momento determinado, dejando fuera del análisis los hechos pasados o futuros. Ahora bien, puesto que hemos señalado que nos interesa conocer la evolución del *clima social* a lo largo de varias sesiones (incluso años) debemos aclarar que no hay contradicción entre esto y prestar atención al presente. No es una negación absoluta del pasado y el futuro en la experiencia, sino una forma de



limitarla a lo esencial. Con este fin, Lewin utiliza el concepto de *perspectiva temporal*,<sup>48</sup> entendida como: “la totalidad de los criterios de un individuo acerca de su futuro y su pasado psicológicos existentes en un momento dado” (Lewin 1988; p.81). De esta manera, el pasado y el futuro importan en tanto estén presentes en el sujeto en la situación inmediata y no fuera de ella. Esto es particularmente importante en los grupos de autoayuda, donde los participantes hablan acerca de sus experiencias pasadas y sus expectativas futuras, pero tal y como ellos las experimentan en ese momento.

Finalmente, otro elemento clave es su concepción dinámica del grupo y que ha hecho que muchos le consideren el padre de las dinámicas de grupos (Munich, 1998). Lewin destaca el rol de las interacciones dentro del grupo, además de considerar al grupo como una unidad de análisis fundamental (González, 1997). Una interacción especialmente interesante para nosotros, dadas las condiciones particulares de los grupos de autoayuda y la formulación del *principio terapéutico del ayudador*, es el intercambio entre lo que los participantes aportan y reciben del grupo. Aunque en este punto coincidimos con las teorías de intercambio (Jiménez, 1981), no hemos derivado nuestra formulación directamente de ellas.

Si consideramos la dinámica a nivel de la organización, debemos tener presente que el énfasis que se ha dado a la forma en que las personas experimentan las políticas, prácticas, procedimientos y demás aspectos de una empresa u organización. Este enfoque nos parece inadecuado, toda vez que los empleados de una organización no experimentan directamente las políticas de la empresa, experimentan toda la empresa a través de las relaciones humanas que en ella se generan. Esta es una afirmación importante porque devuelve el peso social al concepto de *clima*, no es un clima que el individuo experimenta “solo” dentro de la empresa (*clima psicológico*), es un clima que experimenta con otros y a través de los otros. Más allá de los aspectos físicos, la remuneración y las tecnologías de comunicación, todo el resto de la empresa se experimenta a través de las relaciones. En este sentido, debemos aclarar que para Lewin, los elementos del mundo físico son importantes de considerar sólo en la medida que afectan el *espacio vital*, lo que denomina “zona limítrofe”. El aire acondicionado o la calefacción de la sala pueden favorecer o dificultar la interacción, pero su presencia *per*

---

<sup>48</sup> Concepto que cita de L.K. Frank (1939).

se no es importante. El stock de la empresa o lo que sucede en la sala de espera de un centro de salud no es “real” si no afecta lo inmediato de la situación (efecto dado por la presencia o por el conocimiento que eso está ahí). Luego lo central del clima sigue siendo de la interacción entre las personas. Por ello, es que en realidad cuando se habla de clima en ciencias sociales, siempre se habla de *clima social*.

Esto también nos parece cierto si lo aplicamos a nivel de grupo. Las personas experimentan el *clima* del grupo a través de la relación con los otros. Ahora bien, en aquellos casos en que la persona observa una relación entre otras personas, esa persona también está experimentando el clima de la situación total, aunque no intervenga directamente.

No es sólo el intercambio entre lo que se aporta y lo que se recibe del grupo lo constitutivo de nuestra definición, sino que también incorporamos la visión general del grupo. La razón de ello es que el intercambio, a nuestro juicio, no se produce en el vacío, se produce con otros. Sin embargo, más que imágenes particulares de cada uno de los miembros del grupo con los que se intercambia, nosotros suponemos una imagen o visión grupal. En la psicoterapia clásica es clara la dualidad paciente-terapeuta, donde ambos intercambian entre sí, pero además ambos tienen una imagen de la contraparte. A pesar de que es evidente que los miembros del grupo cuando interactúan con otros miembros pueden tener una imagen particular de cada uno de ellos, consideramos que por económica energética los miembros van a tomar el conjunto de interacciones que experimentan y sobre esto va a construir una imagen del grupo. El dinamismo del grupo está también presente en esta imagen o visión general, en tanto que una persona tiene una imagen del grupo construida sobre su interacción con el resto de las personas que participan en el grupo, pero a su vez ella contribuye a la imagen o visión general que tienen las otras personas sobre el grupo. El resultado de ello nos permite abordar mejor la relación miembro-grupo. De esta manera, se obtiene información de dos tipos. La primera es la respuesta a la pregunta: ¿Qué visión tengo de este grupo? La segunda es la respuesta a la pregunta: ¿Cómo me estoy relacionando con este grupo? Ésta a su vez puede subdividirse en: ¿Qué estoy aportando a este grupo? y ¿Qué estoy recibiendo de este grupo?

Basándonos en todas las consideraciones anteriores, la definición de *clima social* que proponemos es la siguiente:

“La percepción de las personas en un momento determinado sobre su relación con el grupo u organización, entendida como lo que se percibe aportar, lo que se percibe recibir y la visión general del grupo u organización”.

Se pretende explicitar en ésta definición el aspecto dinámico del grupo u organización, para ello hemos explicitado tres tipos de información que consideramos imprescindibles para una comprensión adecuada del clima social. Además, la clasificación de los ítems que se deriva de esta propuesta, entre aportar, recibir y visión general, permite calcular la diferencia entre las dos primeras, concretando la interacción de manera práctica. Desde luego, es necesario comprobar un la fiabilidad de los instrumentos para contrastar la utilidad real de ésta definición.

# **Parte VI: Instrumentos**



## **XVI. CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.**

El objetivo central de ésta investigación es desarrollar dos instrumentos complementarios que midan el clima social de los grupos de autoayuda multifamiliares. El primero de respuesta individual y el segundo de respuesta colectiva. En consecuencia, tras describir su desarrollo, en éste apartado nos centraremos en analizar cada uno de los instrumentos y la relación entre ambos. En un apartado posterior (XVI. 9) se presentaran los análisis de ambos instrumentos en relación a las variables demográficas y el tiempo de permanencia en el PEM.

Para desarrollar los instrumentos se han seguido las recomendaciones de Nunnally (1987), Morales (2006, 2007; 2011a, 2011b), Martínez Arias (1995), Martínez Arias, Hernández y Hernández (2006).

Los pasos propuestos por Martínez Arias et al. (2006), resumen el procedimiento seguido:

1. Identificación del propósito o finalidad del instrumento
2. Restricciones a la aplicación.
3. Marco de referencia del constructo
4. Especificaciones derivadas del marco
5. Especificaciones del formato de los ítems y reglas de puntuación.
6. Revisión de los ítems del test
7. Estudio Piloto
8. Estudio de Campo
9. Construcción del manual del test.

El manual del test se presentará en el anexo nº 12, puesto que no es parte de los análisis.

### ***Validez de los instrumentos.***

Antes de detallar el desarrollo de los instrumentos consideraremos brevemente el concepto de validez. Éste ha evolucionado en los últimos años hacia una visión unitaria. Anteriormente se diferenciaba entre validez predictiva, de constructo, de contenido, concurrente, etc. No obstante, hoy en día se considera que los instrumentos en sí no tienen validez (ni fiabilidad), sino sus aplicaciones. Por tanto, se trata de acumular

evidencia de validez sobre las aplicaciones que ha tenido un instrumento (Elosua, 2003; Martínez Arias 1995; Martínez Arias et al., 2006; Morales, 2006, 2011a).

Hemos mencionado que la validez de los presentes instrumentos se basa en que están contruidos a partir de un estudio cualitativo anterior. Este estudio recogió las inquietudes de los usuarios del Programa Ecológico Multifamiliar sobre el programa en general y sobre los grupos de autoayuda específicamente, destacando los elementos que en estos últimos deben tenerse en cuenta para evaluar su dinámica. Adicionalmente se ha realizado una amplia revisión teórica sobre el clima social.

A continuación presentamos el proceso que se siguió en la construcción de los instrumentos.

### **1. Identificación del Propósito o finalidad del instrumento.**

La finalidad de estos instrumentos es medir el clima social de los grupos de autoayuda del PEM. Aunque ambos han sido diseñados de manera que puedan ser aplicados a grupos de autoayuda en general, de acuerdo a la revisión teórica, los instrumentos se basan en la evaluación cualitativa previa que se realizó en los grupos de autoayuda del PEM, la población objetivo.

El nivel socio-económico de estos usuarios es medio-bajo y bajo. Por ende, su nivel educacional no es elevado. Aunque la población está constituida por familias, se considera que los datos deben al menos recoger la información de los usuarios entre 16 y 90 años. Es un margen amplio, pero análisis más específicos permitirán establecer la conveniencia de limitar estas edades, al menos desde el punto de vista de los datos que se incluirán en los análisis. En un principio, no se consideró conveniente limitar la aplicación para incluir a todos los miembros de los grupos. Las características de la población objetivo implican que el instrumento debe ser simple, de fácil comprensión y no requerir un nivel educacional avanzado.

Es necesario delimitar los tipos de decisiones que se espera tomar a partir de los usos de los instrumentos. En el presente caso, éstos se consideran como una fuente de retroalimentación en distintos niveles. El primero es el propio grupo. Esto podría permitir que ellos mismos tomasen medidas para mejorar su funcionamiento. Un

segundo nivel es el marco del Programa Ecológico Multifamiliar, a este nivel los usuarios podrían recibir ayuda de los coordinadores voluntarios más antiguos del programa y del reducido grupo de profesionales voluntarios. Un tercer nivel sería la asesoría que pudiesen recibir de profesionales del área de la salud ligados al sistema público sanitario. En suma, las decisiones que se espera tomar son de consultoría, ya sea interna o externa.

## **2. Restricciones a la aplicación.**

La aplicación de ambos instrumentos, está pensada para realizarse el mismo día. Primero se aplicaría el instrumento en su versión de respuesta individual y posteriormente el instrumento en su versión grupal. Esto permitirá estudiar tanto los instrumentos por separado como conocer si ambos se complementan entre si, como sería esperable. Estos instrumentos deben aplicarse una vez finalizada la sesión de trabajo del grupo, puesto que la información que recogen versa sobre la dinámica que se genera en ella. Es vital que ésta información se obtenga “en caliente”, para que sus resultados no dependan de la memoria de los participantes. Los únicos materiales que los sujetos necesitan son lápices para contestar y los propios cuestionarios. Los instrumentos deben ser aplicados por alguien externo al grupo. No obstante, no existe un prerequisite educacional para dicho aplicador externo, debido a que la idea es que miembros de otros grupos puedan ayudar en dicha aplicación.

Ambos instrumentos son de aplicación colectiva, aunque el primero es de respuesta individual, en tanto que el segundo es de respuesta grupal. No existe un tiempo límite establecido para la aplicación. Si bien sobre el tiempo que se tomen los sujetos para responder en la aplicación final, se puede estimar un tiempo de referencia. Es importante que este tiempo de referencia sea relativamente breve, considerando el momento en que se aplican, tras una sesión grupal de hora y media que habitualmente tiene una carga emocional importante para los participantes. En este sentido, un tiempo breve de aplicación es práctico, puesto que se espera que los instrumentos se utilicen no sólo para investigaciones puntuales, sino que de forma cotidiana como monitorización del grupo.



### **3. Marco del instrumento.**

Martínez Arias et al. (2006) consideran que lo primero que debe hacerse para construir un instrumento es establecer la importancia del constructo para los programas. Luego es necesario delimitar que conductas permitirían conocer lo que un instrumento pretende medir y que condiciones o capacidades requieren los sujetos para una aplicación exitosa. En el marco teórico sobre cohesión y clima social se ha revisado tanto los conceptos como los instrumentos que se han diseñado hasta el momento y sus dimensiones. Las operaciones cognitivas básicas que se requieren para responder los instrumentos no son complejas. No se requiere ningún nivel educacional especial. De hecho, esperamos que personas analfabetas puedan responderlo con la ayuda del evaluador. La comprensibilidad del instrumento se valorará en la prueba piloto.

Una definición precisa es esencial para establecer las bases de un instrumento (Martínez Arias, 1995; Martínez Arias et al., 2006; Morales, 1988; 2006; 2011a) La definición de clima social que nosotros proponemos en éste trabajo es:

“La percepción de las personas en un momento determinado sobre su relación con el grupo u organización, entendida como lo que se percibe aportar, lo que se percibe recibir y la visión general del grupo u organización”.

La especificación de las dimensiones propuestas *a priori* y los ítems que las integran se presentan a continuación.

#### **3.1 Dimensiones propuestas.**

En la selección de las dimensiones propuestas en estos instrumentos se tomaron como referencia algunas de las categorías del instrumento de Moos (Moos & Humphrey, 1974; Moos, 1994). No obstante, se incorpora la diferencia entre cohesión social y de tarea. Aunque puede ser interesante recopilar el máximo de información posible sobre el clima, hemos optado por priorizar ciertas dimensiones. De esta manera, las dimensiones de *Independencia* e *Innovación* de la escala de Moos, no nos parecieron relevantes de acuerdo a los resultados del estudio cualitativo previo. En tanto, que *Apoyo del líder* y *Control del líder*, simplemente los consideramos como expresiones de una dimensión de liderazgo general. Por tanto, en vez de las 10 dimensiones, se proponen 7. Si bien los

nombres de las dimensiones coinciden con las de Moos, es necesario recordar que las preguntas están redactadas sobre la base del estudio previo. La coincidencia entre la visión de los participantes del PEM y las dimensiones sugeridas por Moos, es lo que nos ha llevado a considerar adecuado tomar éstas como punto de partida.

Las dimensiones propuestas para esta primera versión de los instrumentos son: *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Autodescubrimiento*, *Conflicto*, *Expresividad*, *Organización y Liderazgo*.

### ***Dimensiones del instrumento de respuesta grupal.***

Las dimensiones del instrumento de respuesta grupal están representadas cada una por un único ítem. Puesto que lo que se busca es conocer el consenso sobre cada dimensión nos pareció apropiado formular un ítem directamente para cada una de ellas. Esto permite que los participantes expresen sus opiniones en torno a esa dimensión. Además de la limitación temporal, nos pareció menos recomendable utilizar la reiteración de ítems sobre una misma dimensión, puesto que los participantes podrían reclamar que ya les hemos realizado la misma pregunta con otras palabras. Ahora bien, puesto que el instrumento de respuesta grupal no permite utilizar reactivos redactados de forma negativa (ítems de valencia negativa), al ser casi imposible evitar que los usuarios traduzcan inmediatamente el ítem a un sentido positivo, la dimensión de conflicto fue denominada *Manejo del conflicto*. De todas formas, es necesario tener presente que ésta es la propuesta *a priori* para dichas dimensiones. Los ítems se presentan en la tabla 42.

Existen dos diferencias entre el instrumento individual y el grupal. La primera es el segundo no incluye los diferentes estilos de redacción, presentando todos sus ítems una redacción general. Decidimos postergar la decisión de redactar los ítems grupales en los tres estilos de redacción hasta tener mayor información sobre el resultado del instrumento individual.

La segunda diferencia es que el instrumento grupal está redactado en tiempo verbal pasado (anexo nº 10). Consideramos que al tener un planteamiento más simple y no incluir más de un ítem por dimensión, era menos arriesgado introducir interferencia al cambiar el tiempo verbal.

### ***Dimensiones del instrumento de respuesta individual***

Las dimensiones del instrumento de respuesta individual están subdivididas según si lo que se responde es algo que se recibe del grupo, es algo que se aporta al grupo o es una visión general del grupo. Como se ha explicado anteriormente, esta diferenciación es innovadora respecto a otros instrumentos y consideramos que es útil de explorar. Especialmente a partir de la definición dinámica del clima social que hemos presentado.

Esta diferencia se encuentra principalmente recogida en las dimensiones de cohesión. Las demás dimensiones contienen algunas preguntas que diferencian entre estos tres estilos de pregunta, no obstante, la dimensión de *Autodescubrimiento* no contiene el aspecto de aportar, por la propia definición de la categoría.

La dimensión de *Expresividad* tampoco contiene aspectos de aportar, puesto que los aportes posibles de esta categoría estarían dentro de la cohesión social y de tarea, donde existen preguntas apropiadas para ésta. Nosotros suponemos que esta dimensión de *Expresividad* se integrará en las categorías de cohesión social y de tarea. Sin embargo, en principio se presentarán de forma separada.

Esta primera versión del instrumento está diseñada para ser la base sobre la que seleccionar un instrumento más breve, de acuerdo a los análisis estadísticos resultantes de la prueba piloto.

### **Definición de dimensiones.**

1. **Cohesión social:** es la medida en que los miembros experimentan un ambiente cálido acogedor y de confianza mutua.
2. **Cohesión de tarea:** es la media en que se experimenta un compromiso por trabajar en el logro de los objetivos grupales.
3. **Auto-descubrimiento:** es la medida en que los integrantes sienten que pueden comprender más cosas acerca de sus problemas a partir de su participación del grupo.
4. **Conflicto:** es la medida en que los miembros experimentan los problemas, desacuerdos y confrontaciones que se dan en el grupo.

5. **Expresividad:** es la medida en que los integrantes se sienten cómodos para expresar sus problemas y opiniones.
6. **Organización:** la medida en que los integrantes consideran adecuados los aspectos de implementación del grupo.
7. **Liderazgo:** específicamente se refiere al liderazgo que ejerce el coordinador del grupo y no otros líderes naturales que pueda haber dentro del grupo. La calidez, eficiencia y preparación del coordinador es lo fundamental de esta categoría.

#### 4. Especificaciones derivadas del marco.

Una vez definido el constructo y sus dimensiones esperadas *a priori*, es necesario detallar los ítems que componen cada dimensión. Es importante decir que si bien es deseable que los ítems redactados de forma positiva y negativa estén equilibrados, esto no es imprescindible (Martínez Arias, 1995; Martínez Arias et al., 2006; Nunnally, 1987; Morales, 2007, 2011a). Considerando que de acuerdo a Morales (1988) los niños y las personas con menor educación formal pueden presentar dificultades en la comprensión de los ítems formulados en términos negativos, hemos optado por no equiparlos, puesto que priorizamos la comprensión. No obstante, hemos incluido ítems negativos para prevenir la aquiescencia. En esta primera versión se han seleccionado 67 ítems, de los cuales 21 son de valencia negativa (31%). El procedimiento de elaboración y selección se detallará más adelante. A partir de ellos se depurará el instrumento de respuesta individual. Nunnally (1987) recomienda que la primera versión de un instrumento contenga aproximadamente tres veces la cantidad de ítems que se proyecta conservar en la versión final, lo que se cumple en la presente investigación.

La tabla 6 presenta los ítems de cada dimensión del instrumento de respuesta individual de acuerdo a su estilo de redacción. Es importante destacar que de acuerdo a nuestra definición de clima social, la diferencia va más allá del estilo de redacción, centrándose en el foco de la relación, entre lo que se recibe del grupo, lo que se aporta al grupo y la visión general que se tiene de éste. En lo sucesivo cuando hablemos de estilo de redacción debe tenerse presente que nos referimos a esta concepción. Volveremos sobre ella en la discusión.

## **5. Especificaciones del formato de los ítems.**

Las escalas de respuesta de los ítems de ambos instrumentos son de tipo Likert, con seis alternativas. Se optó por seis alternativas debido a que de acuerdo a Morales (1988) más allá de esa cantidad no se discrimina más. Las opciones de respuesta irían desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Los ítems que contienen un signo negativo en la lista anterior, del instrumento de respuesta individual, son aquellos que necesitan invertirse para el análisis estadístico.

## **6. Revisión de los ítems.**

El proceso de revisión de ítems permite prevenir errores graves. Para ello se puede revisar desde al menos tres puntos de vista. El primero es la revisión de expertos en contenido. El segundo de acuerdo a los aspectos psicométricos y el tercero de acuerdo a los propios participantes. Nosotros hemos utilizado las tres estrategias. La revisión de expertos en contenido se solicitó a dos profesionales voluntarios del PEM, de distintas regiones del país, quienes colaboraron aportando sus observaciones. Los aspectos psicométricos se consideran más adelante a partir de la aplicación piloto. La visión de los participantes también se consideró a partir de la prueba piloto, puesto que se les solicitaba indicar si algún ítem no era comprensible o era más difícil.

## **7. Estudio piloto.**

El estudio piloto fue realizado sobre el instrumento de respuesta individual. No se aplicó la versión grupal a la muestra piloto puesto que al contar sólo con 7 ítems, referidos directamente a las categorías propuestas, el instrumento grupal es más simple de responder y ofrece la oportunidad de plantear dudas sobre cada ítem.

*Tabla 6: Ítems del instrumento de respuesta individual original por dimensiones.*

<b>Cohesión social</b>
<p><b>Recibir:</b></p> <p>Me siento acogido en el grupo multifamiliar</p> <p>Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente</p> <p>(-) Me siento juzgado negativamente al participar en el grupo</p> <p>(-) Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo</p> <p>El ver que otros tienen problemas me hace sentir menos solo con mis problemas</p> <p>Me siento entre iguales dentro del grupo. Todos estamos en el mismo problema.</p> <p>(-) siento que el grupo es inadecuado para mí</p> <p>(-) Creo que mis problemas son bastante diferentes a los del resto de los participantes del grupo</p> <p><b>Aportar:</b></p> <p>Estoy atento a si otro integrante del grupo parece estar complicado con algo personal y permanece en silencio.</p> <p>Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas.</p> <p>Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas</p> <p>(-) me distraigo con facilidad cuando otros hablan sobre sus problemas</p> <p>(-) Muestro poca preocupación por los otros miembros</p> <p><b>General</b></p> <p>Se procura recibir bien a las familias que se incorporan al grupo.</p> <p>Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo</p> <p>Los miembros muestran su preocupación unos por otros.</p> <p>Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo</p>
<b>Cohesión tarea</b>
<p><b>Recibir:</b></p> <p>Me siento apoyado por el grupo para generar un cambio en mi estilo de vida.</p> <p>(-) Cuando necesito información relativa al problema, me cuesta encontrarla en el grupo.</p> <p>(-) Considero que falta tratar los temas realmente relevantes en el grupo.</p> <p>Conversar mis problemas personales en el grupo me permite mirarlos más objetivamente.</p> <p>Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.</p> <p>(-)Me cuesta comprender los conceptos del programa utilizados durante la sesión del grupo.</p> <p><b>Aportar:</b></p> <p>Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia</p> <p>Me siento comprometido en contribuir al correcto funcionamiento del grupo</p> <p>Cuando algún miembro esconde sus problemas o miente, habitualmente se lo hago notar.</p> <p>(-) Creo que es innecesario dar mi opinión cuando se tratan los problemas de otros miembros</p> <p>Me considero capaz de aceptar puntos de vista diferentes al mío dentro del grupo</p> <p>Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.</p> <p><b>General:</b></p> <p>(-) Muchos miembros del grupo sólo se dedican a pasar el tiempo aquí</p>

(-) Cuando la conversación se desvía a temas irrelevantes, es difícil volver a lo central

Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.

Nos apoyamos unos a otros para desarrollar nuevas habilidades para relacionarnos de forma más sana

---

#### **Auto-descubrimiento:**

---

##### **Recibir:**

Cuando veo a otras familias interactuar entre sí dentro del grupo, descubro cosas sobre mi propia familia.

Al participar aquí me doy cuenta de cosas que antes no veía sobre mi vida

(-) Me cuesta entender de qué sirve hablar de problemas todo el rato, una y otra vez.

Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.

##### **General**

Es fácil verse reflejado (a) en los problemas de los otros integrantes del grupo

participar del grupo ayuda a los miembros a comprender su propia dinámica familiar

---

#### **Conflicto:**

---

##### **Recibir:**

(-) Me desagrada cuando se generan confrontaciones en el grupo (me siento incomodo)

Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.

##### **Aportar:**

(-) Evito discutir con otros integrantes del grupo.

Colaboro en resolver los conflictos que surgen de la mejor forma posible.

##### **General:**

(-) Hay más fricciones de las que debería haber

(-) El ambiente en el grupo es tenso y hostil

Aunque algunas personas puedan sentirse incomodas, creo que es bueno que se den confrontaciones en el grupo

Las confrontaciones favorecen la sinceridad

(-) Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.

---

#### **Expresividad:**

---

##### **Recibir:**

Cuando veo a otros expresar abiertamente sus problemas, siento que yo también puedo hacerlo

Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente

(-) Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo

Me siento mejor luego de compartir lo que está sucediendo en mi vida con los demás miembros del grupo

##### **General:**

En el grupo se estimula constantemente a los miembros a expresarse

Los miembros se incentivan poco unos a otros a expresar lo que les sucede.

---

#### **Organización:**

---

##### **Recibir:**

Estoy satisfecho con la forma en que funciona mi grupo

**Aportar:**

Procuro cumplir las normas del grupo de forma optima

**General:**

El tiempo se distribuye de manera adecuada entre todos los que quieren tomar la palabra

Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.

En mi grupo todos o la mayoría de los miembros respetan la puntualidad y normas del grupo.

(-) Cuando alguna persona deja de asistir nadie se preocupa suficiente por ella

---

---

**Liderazgo**

---

**Recibir:**

El coordinador del grupo está atento a mis necesidades

**Aportar:**

Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido

**General:**

El coordinador de grupo guía la sesión de manera cordial

El coordinador de grupo centra la sesión en discutir los problemas importantes

La mayoría de los participantes colaboran con el coordinador de grupo para mantener el orden en la sesión.

(-) El coordinador del grupo dirige demasiado la sesión, sin dejar espacio suficiente para la autogestión del grupo.

El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor

---



## **7.1 Objetivos.**

- Analizar las propiedades psicométricas del instrumento.
- Depurar el protocolo de aplicación y el instrumento de respuesta individual
- Evaluar la comprensibilidad de los ítems del instrumento de respuesta individual para los usuarios del PEM

## **7.2 Método**

### **Participantes**

El instrumento fue respondido por 48 personas, de las cuales 5 fueron descartadas por no contestar adecuadamente.

### **Procedimiento**

El proceso de contacto con la organización del PEM fue prolongado. Una vez finalizada la investigación anterior (J.A. Flores, 2008) y realizada la devolución de los resultados, quedó abierta la posibilidad de continuar con otra investigación cuando las condiciones fuesen apropiadas, lo que tuvo una excelente acogida entre los voluntarios. El 2009 se retomó el contacto con los voluntarios del PEM para definir si era viable realizar la presente investigación, obteniéndose nuevamente una respuesta favorable.

Inicialmente la idea era aplicar la prueba piloto en el periodo mayo-agosto del 2010, para incluir sus resultados en la presentación del DEA. No obstante, a pesar de una respuesta favorable, no se logró concretar la colaboración para que se permitiese a otro evaluador el acceso a los grupos. Esto generó un retraso de varios meses, que a su vez impidió contar con los resultados del estudio piloto en la fecha deseada. Hubo que esperar hasta el viaje del investigador a Chile, a finales del 2010, para poder retomar el contacto cara a cara con los miembros del PEM. El problema que esto generó fue un retraso en las fechas óptimas para aplicar los instrumentos, tanto el estudio piloto como el estudio de campo. Sin duda, esto limitó el número de participantes.

Los detalles de la aplicación se acordaron previamente con los participantes del PEM. Se asistió a las reuniones de coordinación mensual que tiene el PEM, al menos 4 veces a lo largo de los 5 meses previos a la aplicación piloto. Tanto profesionales como coordinadores, estuvieron de acuerdo en participar. Ésta familiarización o re-familiarización con los miembros de la organización fue necesaria para que la investigación no fuese percibida como amenazante o invasiva. Además, esto les daba tiempo suficiente a los coordinadores para que se compartiese la información sobre la investigación en los grupos de autoayuda multifamiliares.

La aplicación de la prueba piloto del instrumento de respuesta individual se realizó en la región metropolitana, durante los meses de Marzo-Abril de 2011.

Se contactó con los coordinadores de grupo semanas antes, para solicitar la colaboración de sus respectivos grupos de autoayuda multifamiliares en la investigación. Esto se hizo para preparar lo más posible a los grupos ante la presencia de un evaluador.

Participaron cinco grupos de autoayuda multifamiliares, durante cinco sesiones seguidas. Esta aplicación consecutiva tuvo el propósito complementario de explorar más extensamente el instrumento. En primer lugar, se esperaba conocer la reacción de los participantes al contestar un instrumento durante varias sesiones seguidas. En segundo lugar, se esperaba tener una aproximación a la evolución del clima social a lo largo de varias sesiones. Aunque esto último no formaba parte esencial de ésta investigación. El anexo nº 5 muestra un ejemplo de la asistencia de los sujetos a cada sesión de grupo. Se consideró la primera sesión de aplicación como la prueba piloto.

Antes de iniciar el proceso se consensuó con los coordinadores la mejor forma de aplicación. Ellos consideraron, lo mismo que el investigador, que dado el bajo nivel educacional medio de los participantes habituales de los grupos, era probable que el instrumento tuviese que ser leído en voz alta por quien lo aplicase. No obstante, puesto que eso puede hacer más lenta la aplicación, se dejó esta posibilidad como opcional hasta que tuviese que llevarse a cabo la aplicación. Asimismo se acordó que el evaluador asistiese a toda la sesión, para interferir lo menos posible con el funcionamiento del grupo, puesto que así los participantes se sentirían familiarizados

con el encuestador. De esta manera, el encuestador se presentaba desde un principio en el grupo, solicitándoles la colaboración y explicándoles que conocía bien el PEM. Luego, una vez que el coordinador daba por terminada la sesión, se les solicitaba su colaboración para contestar el instrumento.

En los primeros grupos se dejó que los sujetos comenzasen a responder el instrumento individualmente, tras explicar las instrucciones. No obstante, algunos participantes tenían problemas para leer y comprender con fluidez, además de generarse cierto desorden entre los participantes, por lo que después de unos minutos se le ofreció a estos grupos la opción de leerles el instrumento en voz alta. Esto fue aceptado por los participantes. Consecuentemente, en los grupos siguientes se adoptó como parte del protocolo de aplicación la lectura en voz alta de todo el instrumento.

Otra dificultad inicial fue que algunos los sujetos tuvieron algún problema para comprender la utilización de la escala Likert, que contaba con los espacios en blanco en cada línea, estando al inicio de cada columna de las opciones las alternativas de respuesta. Estas iban desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, como aparece en el instrumento original, recogido en el Anexo nº 7. Por ello se buscó una alternativa para hacer más fácil la aplicación, considerándose que numerar los espacios en blanco podría hacer más comprensible las opciones de respuesta. En consecuencia, se decidió que la segunda aplicación se realizaría con los espacios numerados del 1 al 6 (anexo 9).

Ninguno de los participantes se negó a responder el instrumento directamente. Aunque dos personas se retiraron antes del termino de la sesión, lo que habían avisado al inicio de la misma por tener compromisos importantes. En todo momento se dejó claro que la participación del estudio era voluntaria. Un aspecto interesante de la aplicación consecutiva de cinco sesiones, más allá de la imposibilidad de analizar los datos, es que no hubo una sistemática retirada de los mismos participantes. Es decir, aquellos participantes que se retiraron antes de contestar el instrumento en la primera aplicación, no lo hicieron en las sucesivas. Lo mismo sucedió con las aplicaciones siguientes. Esto parece indicar que el instrumento no producía resistencia en los participantes.

### **7.3 Análisis de datos.**

Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS versión 15.0. Antes de comenzar el análisis se eliminaron los ítems 4, 37 y 58 porque presentaron algunos problemas de comprensión durante la aplicación.

#### **7.3.1 Fiabilidad del Instrumento.**

Se utilizó el alpha de Cronbach para este análisis, obteniéndose una fiabilidad de 0.85

Puede observarse que la fiabilidad de la primera versión del instrumento es elevada. De acuerdo a Nunnally (1987) esto permite suponer que tiene sentido continuar con el desarrollo del instrumento tal y como ha sido definido, ya que este autor considera que la fiabilidad final mínima debería ser de 0.7, y que invertir recursos y energía en mejorar la fiabilidad de un instrumento más allá de 0.8 generalmente no es necesario si la finalidad es la consultoría de personas o grupos. Nunnally (1987) y Morales (2007) recomiendan tener en cuenta la finalidad del instrumento al valorar su fiabilidad. Puesto que este instrumento no tiene un fin diagnóstico o de selección, no requeriría una fiabilidad superior a 0.8, valor que se supera ampliamente.

#### **7.4 Depuración del instrumento de respuesta individual original.**

Morales (2006; 2011b) recomienda como primer paso para depurar un instrumento, analizar la correlación ítem-total. Una mayor correlación ítem-total, que se muestra en la segunda columna de la tabla 7, implicaría que el alpha de Cronbach será menor al ser eliminado ese ítem. Este valor se muestra en la tercera columna. Por tanto, los ítems que tengan una menor correlación ítem-total, serán aquellos que si se eliminasen aumentarían fiabilidad. Tabla 5.

Puede observarse que el instrumento inicial es bastante estable, puesto la eliminación de ninguno de sus ítems aumenta su fiabilidad por encima de 0.86 ni la disminuye por debajo de 0.85. Aun así los ítems 2, 7, 11, 21, 22, 27, 34, 36, 41, 42, 45, 49, 60, 63 han sido eliminados en esta etapa del proceso, ya que al eliminarlos aumenta la fiabilidad de la escala. Esto permite reducir la escala a 50 ítems, que nos parece un número adecuado al conservarse al menos el doble de ítems de los que se esperaba encontrar en el instrumento final.

*Tabla 7: Estadísticos total-elemento del instrumento piloto individual*

Nº Ítem	Contenido	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	Me siento acogido en el grupo multifamiliar	0.453	0.852
2	Creo que es innecesario dar mi opinión cuando se tratan los problemas de otros miembros	0.122	<b>0.856</b>
3	Me siento apoyado por el grupo para generar un cambio en mi estilo de vida	0.364	0.852
5	Estoy atento a si otro integrante del grupo parece estar complicado con algo personal y permanece en silencio.	0.524	0.847
6	Me siento juzgado negativamente al participar en el grupo	0.409	0.85
7	Me cuesta entender de qué sirve hablar de problemas todo el rato, una y otra vez.	0.084	<b>0.855</b>
8	Me considero capaz de aceptar puntos de vista diferentes al mío dentro del grupo	0.287	0.852
9	Cuando necesito información relativa al problema, me cuesta encontrarla en el grupo.	-0.19	<b>0.861</b>
10	El coordinador de grupo centra la sesión en discutir los problemas importantes	0.467	0.851
11	Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente	-0.085	<b>0.858</b>
12	La mayoría de los participantes colaboran con el coordinador de grupo para mantener el orden en la sesión.	0.316	0.851
13	me distraigo con facilidad cuando otros hablan sobre sus problemas	0.403	0.85
14	Considero que falta tratar los temas realmente relevantes en el grupo.	0.509	0.848
15	Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.	0.601	0.846
16	El coordinador del grupo dirige demasiado la sesión, sin dejar espacio suficiente para la autogestión del grupo.	0.145	0.854
17	Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.	0.426	0.85
18	Conversar mis problemas personales en el grupo me permite mirarlos más objetivamente	0.136	<b>0.855</b>
19	El ambiente en el grupo es tenso y hostil	0.19	0.854
20	Creo que los demás participantes me prestan poca	0.159	0.854

	atención cuando hablo en el grupo		
21	Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas	0.027	<b>0.858</b>
22	Cuando la conversación se desvía a temas irrelevantes, es difícil volver a lo central	0.043	<b>0.855</b>
23	El coordinador de grupo guía la sesión de manera cordial	0.492	0.848
24	Es fácil verse reflejado (a) en los problemas de los otros integrantes del grupo	0.088	<b>0.856</b>
25	Muchos miembros del grupo sólo se dedican a pasar el tiempo aquí	0.137	0.854
26	Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas	0.373	0.85
27	Muestro poca preocupación por los otros miembros	0.118	<b>0.855</b>
28	El ver que otros tienen problemas me hace sentir menos solo con mis problemas	0.463	0.851
29	El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor	0.446	0.851
30	Se procura recibir bien a las familias que se incorporan al grupo.	0.129	0.854
31	participar del grupo ayuda a los miembros a comprender su propia dinámica familiar	0.108	0.854
32	Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido	0.593	0.849
33	Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.	0.272	0.852
34	Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.	0.076	<b>0.855</b>
35	Me siento entre iguales dentro del grupo. Todos estamos en el mismo problema.	0.564	0.849
36	Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo	0.134	<b>0.855</b>
38	En mi grupo todos o la mayoría de los miembros respetan la puntualidad y normas del grupo.	0.614	0.848
39	Me cuesta comprender los conceptos del programa utilizados durante la sesión del grupo.	0.431	0.85
40	Nos apoyamos unos a otros para desarrollar nuevas habilidades para relacionarnos de forma más sana	0.245	0.853
41	Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el	0.093	<b>0.856</b>

	grupo a partir de mi propia experiencia		
42	Cuando alguna persona deja de asistir nadie se preocupa suficiente por ella	0.162	<b>0.855</b>
43	Las confrontaciones favorecen la sinceridad	0.429	0.85
44	Me desagrada cuando se generan confrontaciones en el grupo (me siento incomodo)	0.219	0.853
45	Los miembros muestran su preocupación unos por otros.	0.132	<b>0.855</b>
46	siento que el grupo es inadecuado para mi	0.751	0.845
47	Aunque algunas personas puedan sentirse incomodas, creo que es bueno que se den confrontaciones en el grupo	0.697	0.846
48	Estoy satisfecho con la forma en que funciona mi grupo	0.256	0.853
49	Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.	0.002	<b>0.858</b>
50	Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.	0.268	0.852
51	Evito discutir con otros integrantes del grupo.	0.559	0.846
52	Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.	0.159	0.854
53	Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo	0.496	0.849
54	Me siento comprometido en contribuir al correcto funcionamiento del grupo	0.516	0.85
55	Cuando veo a otras familias interactuar entre sí dentro del grupo, descubro cosas sobre mi propia familia.	0.356	0.852
56	El tiempo se distribuye de manera adecuada entre todos los que quieren tomar la palabra	0.273	0.853
57	Me siento mejor luego de compartir lo que está sucediendo en mi vida con los demás miembros del grupo	0.358	0.851
59	Procuró cumplir las normas del grupo de forma optima	0.491	0.847
60	Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo	0.051	<b>0.855</b>

61	Hay más fricciones de las que debería haber	0.416	0.849
62	1. Creo que mis problemas son bastante diferentes a los del resto de los participantes del grupo	0.359	0.851
63	Al participar aquí me doy cuenta de cosas que antes no veía sobre mi vida	-0.239	<b>0.864</b>
64	Cuando algún miembro esconde sus problemas o miente, habitualmente se lo hago notar.	0.27	0.853
65	El coordinador del grupo está atento a mis necesidades	0.337	0.851
66	Los miembros se incentivan poco unos a otros a expresar lo que les sucede	0.379	0.851
67	Cuando veo a otros expresar abiertamente sus problemas, siento que yo también puedo hacerlo	0.469	0.851

---

*Nota:* en negrita se destacan los ítems que mejorarían la fiabilidad del instrumento al ser eliminados.

La reducción afecta a las dimensiones propuestas de la siguiente manera:

*Cohesión Social* (3 ítems), *Cohesión de Tarea* (4 ítems), *Auto-descubrimiento* (1 ítem), *Conflicto* (5 ítems), *Expresividad* (1 ítem), *Organización* (1 ítem) y *Liderazgo* (2 ítems). Los ítems referidos a *Conflicto* han sido los más afectados por la reducción, si bien se mantiene suficientes ítems asociados a esta variable. Los 50 ítems resultantes se recogen en la tabla 12.

Aunque también podrían ser eliminados según criterios estadísticos, se ha optado por mantener los ítems 9, 18, 24 y 42. El ítem 9: “El coordinador centra la sesión en discutir los problemas importantes”, nos parece relevante dado el papel del liderazgo que queremos observar en el grupo. El ítem 18 y el 42 pertenecen a la dimensión de conflicto, y los hemos preservado, dado que ésta ha sido la dimensión que más se ha reducido. Se mantuvo el ítem 24, porque está tomado del inventario de Moos (Moos & Humphrey, 1974; Moos, 1994) y creímos conveniente comprobar su comportamiento en el instrumento final.

En resumen, tras la prueba piloto del instrumento se han descartado 3 ítems por dificultad de los sujetos para responder y 14 ítems por motivos de fiabilidad, a pesar de que la fiabilidad original era elevada (0.85). Finalmente, al depurar el instrumento la fiabilidad se eleva hasta 0.89.



### **7.5 Conclusiones de la aplicación piloto.**

Se ha depurado el instrumento de respuesta individual de acuerdo a los resultados de fiabilidad. Se han seleccionado 50 ítems para la segunda versión del instrumento, para ser aplicados a una muestra más amplia.

El tiempo medio de aplicación de la prueba superó los 30 minutos, lo que supone bastante tiempo adicional a la hora y media que dura la sesión de cada grupo de autoayuda. Podríamos suponer que reducir a la mitad la cantidad de ítems, reduciría proporcionalmente el tiempo de aplicación.

Se ha confirmado que la mejor forma de aplicar el cuestionario es leerlo en voz alta, pese a que cada instrumento individual contiene todas las instrucciones, puesto que dicha lectura facilita la comprensión y el orden durante la aplicación, permitiéndole a los sujetos plantear sus posibles dudas. Esto también nos permitió corroborar que las pocas personas analfabetas de los grupos podían responder el instrumento con ayuda del evaluador.

Es reseñable que al parecer el instrumento de respuesta individual no generó resistencia, puesto que la información procedente de las cinco aplicaciones consecutivas así lo indica. Ningún participante se retiró del grupo antes de contestar en más de una sesión.

Con el objetivo de facilitar la aplicación de la versión resultante, se optó por agregar números a los recuadros de la escala Likert, lo que debería facilitar la comprensión de los sujetos durante la aplicación.

## **8. Prueba de Campo**

### **8.1 Participantes.**

Se utilizó una muestra incidental. Se contactaron numerosos grupos de las diferentes regiones de Chile donde funciona el Programa Ecológico Multifamiliar, para que todas las regiones estuviesen representadas.

Una dificultad inicial fue la concentración de los días de funcionamiento de los grupos entre los días martes, jueves y viernes. Por ende, a pesar de existir más grupos para visitar, no era factible visitarlos simultáneamente.

Un caso especial es el de un sector de la región de Valparaíso, que contaba con alrededor de 40 grupos. Se contactó con el asesor de salud mental de sanidad pública, que coordina localmente las actividades de estos grupos. Aunque su respuesta inicial fue positiva, y en reiteradas ocasiones respondió que lo consultaría con los voluntarios del sector en las reuniones autogestoras locales del PEM, nunca respondió, a pesar de la mediación de la asesora de salud mental de la región de Coquimbo. Lamentablemente, esto impidió una mejor representación de la V región.

El total de grupos que se intentó contactar fue de 92. De estos, 30 grupos fueron imposibles de localizar porque sus teléfonos no correspondían. Los restantes 62 grupos fueron posibles de contactar. Entre estos últimos, 23 respondieron que esas semanas estaban en “vacaciones”<sup>49</sup> aunque les gustaría participar más adelante. Los 39 restantes aceptaron inmediatamente participar. No obstante, 2 de ellos cancelaron la visita en el último momento por vacaciones. Otros 6 fueron visitados, pero no se realizó la sesión porque no llegó ningún participante aparte del coordinador. En la mitad de estos casos el motivo mencionado por el coordinador o coordinadora eran también las vacaciones. En la otra mitad se trataba de grupos que estaban iniciándose y todavía no contaban con usuarios que asistiesen regularmente. En consecuencia, el número definitivo de grupos que participaron fue de 31.

---

<sup>49</sup> De acuerdo a los planteamientos del PEM no existe realmente un periodo de vacaciones, aunque en la práctica esto sucede con cierta frecuencia en verano.

Los participantes de cada grupo son los que habitualmente se encontrarían en ellos. 251 participantes contestaron el instrumento, de los cuales se descartaron 5 por no contestar adecuadamente, resultando 246 participantes finales. Estos correspondían a 31 grupos de autoayuda del PEM. La tabla 8 presenta la región de procedencia de los grupos. Las tablas 9, 10 y 11 muestran las variables de sexo, edad y tiempo de permanencia en los grupos del PEM, respectivamente.

En la tabla 8 se presenta también una estimación de los grupos activos en cada región. Por activos se entiende que al menos se reúnan una vez cada dos meses. Aunque es difícil estimar el porcentaje real, en particular por el problema que generó tratar de contactar con los grupos en periodo de vacaciones en Chile.

Es interesante que 8 personas de la muestra total reconocieron ser analfabetas sin que se les preguntase, aunque completaron el instrumento con la ayuda del evaluador. No obstante, sospechamos que al menos otras 5 personas también eran analfabetas, por la forma de plantear sus inquietudes en la aplicación. No obstante, evitamos preguntarles directamente si lo eran, para evitar que se sintiesen incómodas. En este sentido optamos por valorar más la comodidad de los usuarios durante la aplicación antes que recoger la cifra exacta de analfabetos presentes en la muestra.

Respecto a los líderes (coordinadores) de grupo en su gran mayoría eran no profesionales. Sólo cuatro del total de los grupos, estaban coordinados por profesionales (que habían recibido capacitación para coordinar un grupo Multifamiliar). Otros tres grupos contaron con la presencia de profesionales, pero éstos no intervinieron en la coordinación de grupo. Una frecuencia tan baja (4) no es suficiente para comparar entre grupos dirigidos por profesionales y aquellos que no lo son.

*Tabla 8: Distribución por regiones*

Región	Nº de Grupos	Nº estimado de grupos en cada región	% de grupos de cada región sobre la muestra	% de grupos de cada región sobre el total
RM	13	100	42	49
IV	14	40	45	20
V	3	60	1	29
VI	1	4	3	2
Total	31	204	1	1

Puede observarse que la Región Metropolitana de Santiago y la región de Coquimbo constituyeron la mayor parte de la muestra. La V región resultó infra-representada y la VI región tuvo una representación adecuada.

Aunque la Región metropolitana debería ser la mejor representada, es la que contó con un mayor número de grupos en vacaciones y con aquellos grupos que no se pudo contactar, por lo que quedó ligeramente infra-representada. La IV región tuvo una alta presencia en el estudio probablemente por contar con una organización que colabora con el servicio de salud regional. Adicionalmente es importante destacar que esta región es un destino turístico a nivel nacional, por lo que eso quizás contribuya a que las familias permanezcan en su localidad.

*Tabla 9: Sexo de los participantes*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hombre	96	39.024
	Mujer	150	60.976
	Total	246	100

La cantidad de mujeres fue mayor que la de los hombres, a pesar de que el horario en que funcionan los grupos de autoayuda multifamiliares permite la asistencia de personas que estén trabajando.

*Tabla 10: Edad de los participantes*

N	Válidos	246
	Perdidos	0
Media		48.5
Mediana		50
Moda		53
Desviación típica		14.46

Puede observarse que la edad media de los participantes fue de 48.5 años, con una desviación típica elevada. El rango de edad oscila entre 16 y 83 años.

*Tabla 11: Tiempo de permanencia en el grupo*

Categoría	Frecuencia	%	% acumulado
menos de un mes	44	17.886	17.886
1 a 3 meses	32	13.008	30.894
3 a 6 meses	40	16.260	47.154
6 meses a 1 año	34	13.821	60.976
1 a dos años	33	13.415	74.390
2 a 5 años	35	14.228	88.618
más de 5 años	28	11.382	100.000
Total	246	100	

La permanencia fue contabilizada en meses, pero se optó por presentar la clasificación categórica para una mayor claridad y por el valor teórico de hacerlo de ésta manera. Los puntos de corte para cada categoría fueron los siguientes: La primera incluye a quienes llevan menos de un mes. La segunda hasta los 3 meses, puesto que ese es el periodo en el que muchos usuarios deciden abandonar el tratamiento, según Cortés (2005). El límite de la tercera categoría se estableció en seis meses debido a que es un tiempo mínimo en que los cambios comienzan a notarse en la familia, de acuerdo a lo revisado en el marco teórico. La cuarta se fijó en el primer año, que es un periodo de estabilidad mayor en el PEM, pero todavía no se espera que los participantes estén firmemente comprometidos con el mismo. La quinta y sexta son categorías más arbitrarias, pero permitían dividir la muestra en grupos equivalentes. La séptima categoría coincide con

el plazo mínimo recomendado por el PEM para realizar cambios estables en el estilo de vida.

El tiempo medio de permanencia era de dos años. La desviación típica fue de 37.78 meses, que es muy elevada (más de 3 años). El rango oscila entre menos de un mes y 18 años, que es el tiempo que lleva funcionando el PEM en Chile.

## **8.2 Instrumentos**

El instrumento individual fue el resultante del estudio piloto, aumentando el tamaño de letra de 12 a 14, para facilitar su lectura.

El instrumento de respuesta grupal fue aplicado por primera vez en este estudio de Campo, puesto que su objetivo es complementar la información ofrecida por el instrumento de respuesta individual.

## **8.3 Procedimiento.**

Al inicio de la sesión de cada grupo de autoayuda se presentaba el encuestador y explicaba a los asistentes que después del desarrollo habitual de la sesión, se les pediría su colaboración voluntaria en la investigación. La mayoría había escuchado a sus coordinadores mencionarles con anterioridad el estudio.

Una vez que el coordinador o coordinadora de grupo diese por finalizada la sesión se repartía el instrumento a quienes habían aceptado participar. El instrumento de aplicación individual se leía en voz alta para que todos los usuarios pudiesen comprender bien cada ítem, además de mantener el orden durante la aplicación. Nuevamente, ninguno de los participantes se negó directamente a responder el instrumento. Aunque cinco personas se retiraron antes del término de la sesión, dos de las cuales habían avisado al inicio de la misma. Las restantes señalaron que tenían compromisos personales urgentes que atender.

Una vez que todos los usuarios respondieron este instrumento, se les solicitaba que respondiesen la versión grupal del instrumento. Nuevamente las preguntas eran leídas en voz alta y los participantes tenían que dar una respuesta de grupo. Se tuvo especial

cuidado en que todos los miembros de cada grupo expresasen su opinión sobre cada ítem del instrumento grupal, para luego consensuar una respuesta.

## 8.4 Análisis Inicial.

### 8.4.1 Análisis de fiabilidad Inicial

Se utilizó el Alpha de Cronbach para analizar la fiabilidad del instrumento. Al considerar todos los ítems de la aplicación final, se obtiene una fiabilidad elevada, incluso ligeramente superior a la obtenida en la prueba piloto en su versión reducida a 50 ítems, resultando 0.9.

La tabla 12 muestra la correlación ítem-total y la información sobre los ítems que si se eliminasen aumentarían la fiabilidad. Aunque no esperábamos encontrar demasiados ítems para eliminar, dado que ya habíamos seleccionado ítems a partir del estudio piloto, es necesario considerar ésta información en caso de que una muestra mayor generase diferencias importantes.

*Tabla 12: correlación ítem-total del instrumento individual en la prueba de campo*

Ítem	Contenido	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	Me siento acogido(a) en el grupo multifamiliar	0.300	0.896
2	Me siento apoyado(a) por el grupo para generar un cambio en mi estilo de vida.	0.418	0.896
3	Me siento juzgado(a) negativamente al participar en el grupo.	0.317	0.896
4	Me cuesta entender de qué sirve hablar de problemas todo el rato, una y otra vez.	0.229	0.898
5	Cuando necesito información relativa al problema, me cuesta encontrarla en el grupo.	0.363	0.896
6	El coordinador de grupo centra la sesión en discutir los problemas importantes.	0.140	0.899
7	Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente.	0.402	0.895
8	Me distraigo con facilidad cuando otros hablan sobre	0.293	0.897

	sus problemas.		
9	Considero que falta tratar los temas realmente relevantes en el grupo.	0.310	0.897
10	Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.	0.298	0.896
11	El coordinador del grupo dirige demasiado la sesión, sin dejar espacio suficiente para la autogestión del grupo.	0.341	0.896
12	Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.	0.337	0.896
13	Conversar mis problemas personales en el grupo me permite mirarlos más objetivamente.	0.428	0.895
14	El ambiente en el grupo es tenso y hostil.	0.342	0.896
15	Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo.	0.249	0.898
16	Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas.	0.394	0.895
17	Es fácil verse reflejado(a) en los problemas de los otros integrantes del grupo.	0.290	0.896
18	Muchos miembros del grupo sólo se dedican a pasar el tiempo aquí.	0.306	0.897
19	Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas.	0.354	0.896
20	Muestro poca preocupación por los otros miembros	0.370	0.896
21	El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor.	0.464	0.894
22	Se procura recibir bien a las familias que se incorporan al grupo.	0.495	0.894
23	Participar del grupo ayuda a los miembros a comprender su propia dinámica familiar.	0.573	0.894
24	Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido.	0.488	0.894
25	Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.	0.536	0.894
26	Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.	0.578	0.894
27	Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo.	0.620	0.893
28	Nos apoyamos unos a otros para desarrollar nuevas habilidades para relacionarnos de forma más sana.	0.508	0.894
29	Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia.	0.484	0.895



30	Cuando alguna persona deja de asistir nadie se preocupa suficiente por ella.	0.341	0.896
31	Los miembros muestran su preocupación unos por otros.	0.407	0.895
32	Siento que el grupo es inadecuado para mi.	0.352	0.896
33	Estoy satisfecho(a) con la forma en que funciona mi grupo.	0.428	0.895
34	Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.	0.601	0.894
35	Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.	0.339	0.896
36	Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.	0.486	0.894
37	Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo.	0.304	0.897
38	Me siento comprometido(a) en contribuir al correcto funcionamiento del grupo.	0.504	0.894
39	Cuando veo a otras familias interactuar entre sí dentro del grupo, descubro cosas sobre mi propia familia.	0.311	0.896
40	El tiempo se distribuye de manera adecuada entre todos los que quieren tomar la palabra.	0.433	0.895
41	Me siento mejor luego de compartir lo que está sucediendo en mi vida con los demás miembros del grupo	0.463	0.895
42	Procuro cumplir las normas del grupo de forma optima	0.519	0.894
43	Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo	0.383	0.895
44	Creo que mis problemas son bastante diferentes a los del resto de los participantes del grupo	0.182	0.899
45	Cuando algún miembro esconde sus problemas o miente, habitualmente se lo hago notar.	-0.044	0.902
46	El coordinador del grupo está atento a mis necesidades	0.543	0.894
47	Cuando veo a otros expresar abiertamente sus problemas, siento que yo también puedo hacerlo	0.596	0.894
48	En el grupo se estimula constantemente a los miembros a expresarse	0.543	0.894
49	Colaboro en resolver los conflictos que surgen de la mejor forma posible.	0.447	0.895
50	Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente	0.603	0.894

Puede observarse que los ítems son bastante estables, dado que eliminar alguno de ellos no bajaría la fiabilidad a menos de 0.894 ni la subiría a más de 0.902. Aunque siguiendo un criterio meramente estadístico podría eliminarse varios ítems, la mejora de la fiabilidad sería muy escasa, por lo que se optó por analizar factorialmente el instrumento completo, y conjuntamente con el análisis teórico de los factores tomar las decisiones finales, procurando que los ítems recojan información de aspectos diferentes.

#### **8.4.2 Análisis Factorial Exploratorio.**

En el análisis se incluyeron los 50 ítems iniciales del instrumento. Antes de realizar el análisis, se invirtieron las puntuaciones de los ítems formulados en forma negativa.

A continuación se comprobaron los requisitos del análisis factorial. Encontramos valores muy satisfactorios para los estadísticos de idoneidad de la matriz. El índice de Kaiser-Meter-Olkin (KMO) es de 0.87 (siendo mejor cuanto más próximo esté de 1) y la prueba de esfericidad de Barlett obtuvo un resultado significativo ( $p < 0.01$ ). Adicionalmente todos los autovalores fueron positivos y mayores de cero, lo que implica una definición positiva de la matriz. Los datos anteriores nos permiten afirmar que se cumplen los requisitos para aplicar un AFE. La tabla 13 presenta los resultados de las pruebas de idoneidad.

*Tabla 13: KMO y prueba de Bartlett del instrumento individual con 50 reactivos*

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0.874
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4815.995
	gl	1081
	Sig.	0

### Selección de método de rotación de la solución factorial.

Se emplearon métodos de rotación tanto ortogonales (Varimax) como oblicuos (Promax). Sin embargo, puesto que Promax al ser un análisis oblicuo permite dependencia de los factores, se ha optado por presentar este último análisis, que además es el recomendado en ciencias sociales (Martínez Arias et al., 2006; Morales, 2011b). La matriz de correlaciones del análisis Promax (con kappa 4) confirma el supuesto inicial de que los factores son dependientes, al ser varias de sus correlaciones mayores de 0.6, como se comprueba en la tabla 14.

*Tabla 14: Matriz de correlaciones entre los factores en la versión de 50 ítems*

Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1	0.143	0.000	0.085	-0.016	0.076	0.220	0.050	-0.172	0.102	0.011	0.240	0.017
2		1	<b>0.609</b>	<b>0.679</b>	0.380	0.014	0.156	0.442	-0.227	0.342	-0.203	0.469	0.114
3			1	<b>0.674</b>	0.497	0.205	0.211	0.454	-0.213	0.280	-0.055	0.251	0.338
4				1	0.463	0.170	0.145	0.434	-0.242	0.290	-0.097	0.390	0.247
5					1	0.023	0.141	0.252	-0.252	0.146	-0.166	0.201	0.245
6						1	0.247	0.186	0.232	0.032	0.407	0.100	0.156
7							1	0.277	0.050	-0.003	0.243	0.022	0.063
8								1	-0.195	0.102	0.165	0.102	0.319
9									1	0.035	0.272	0.107	-0.274
10										1	-0.134	0.266	0.066
11											1	-0.177	0.171
12												1	-0.142
13													1

El AFE arrojó inicialmente 13 factores con autovalores mayores de 1 como se presenta en la tabla 15. Hemos optado por utilizar como método de factorización el de máxima verosimilitud, puesto que no fuerza las relaciones y además calcula el porcentaje de varianza explicada en la población y no en la muestra, como hace el análisis de componentes principales. Morales (2011b) considera que permite una estructura más real, aunque menos simple.

*Tabla 15: Porcentaje de varianza total explicada en la versión de 50 ítems*

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	
1	11.435	22.871	22.871	9.418	18.836	18.836		4.610
2	4.844	9.687	32.558	2.437	4.875	23.711		7.882
3	2.055	4.110	36.667	4.236	8.472	32.183		8.134
4	1.528	3.056	39.724	1.328	2.656	34.839		7.728
5	1.471	2.942	42.665	0.934	1.868	36.707		4.029
6	1.444	2.889	45.554	0.851	1.703	38.410		1.942
7	1.329	2.659	48.213	0.905	1.811	40.221		2.399
8	1.281	2.562	50.774	0.766	1.532	41.753		4.363
9	1.224	2.447	53.222	0.783	1.566	43.318		1.264
10	1.174	2.349	55.570	0.678	1.355	44.674		2.454
11	1.125	2.250	57.820	0.739	1.477	46.151		0.873
12	1.086	2.172	59.992	0.632	1.265	47.416		3.217
13	1.032	2.064	62.056	0.604	1.208	48.624		1.974

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Cuando los factores están correlacionados, no se pueden sumar las sumas de los cuadrados de las saturaciones para obtener una varianza total.

El porcentaje de varianza explicada a partir de los 13 factores es de un 48.62%. Con el fin de presentar los resultados de la matriz rotada (matriz de configuración en Promax) de forma más clara se ha optado por incluir solo aquellas saturaciones superiores a 0.3, ya que este peso se recomienda como un criterio mínimo para considerar que los ítems forman parte de un factor (Martínez Arias, 1995; Martínez Arias et al., 2006; Morales 1988; Morales, 2011b; Nunnally, 1987). La tabla 16 muestra la matriz rotada.

Tabla 16: Matriz de configuración.(matriz rotada)

Item	Factor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
P4		0.599												
P5		0.587												
P35		0.586												
P20		0.583												
P32		0.580												
P30		0.555												
P15		0.519												
P9		0.514												
P11		0.513												
P8		0.500												
P3		0.487												
P14		0.480											0.370	
P37		0.447												
P44		0.432	-0.313											
P25			0.896											
P21			0.713											
P46			0.645											
P19			0.598											
P34			0.529											
P18		0.322	0.403											
P24				0.819										
P49				0.761										
P29				0.746										
P12				0.652										
P48				0.496										
P38				0.473									-0.314	
P16				0.361										
P33					0.828									
P36					0.769									
P28			0.340		0.462									
P43					0.456									
P31					0.348						0.305			
P7						0.589								
P17						0.520								
P10						0.481								
P13						0.417								
P2							0.614							
P1							0.603							
P50								0.691						
P47								0.486						
P23									0.902					
P22									0.330					
P6										0.556				

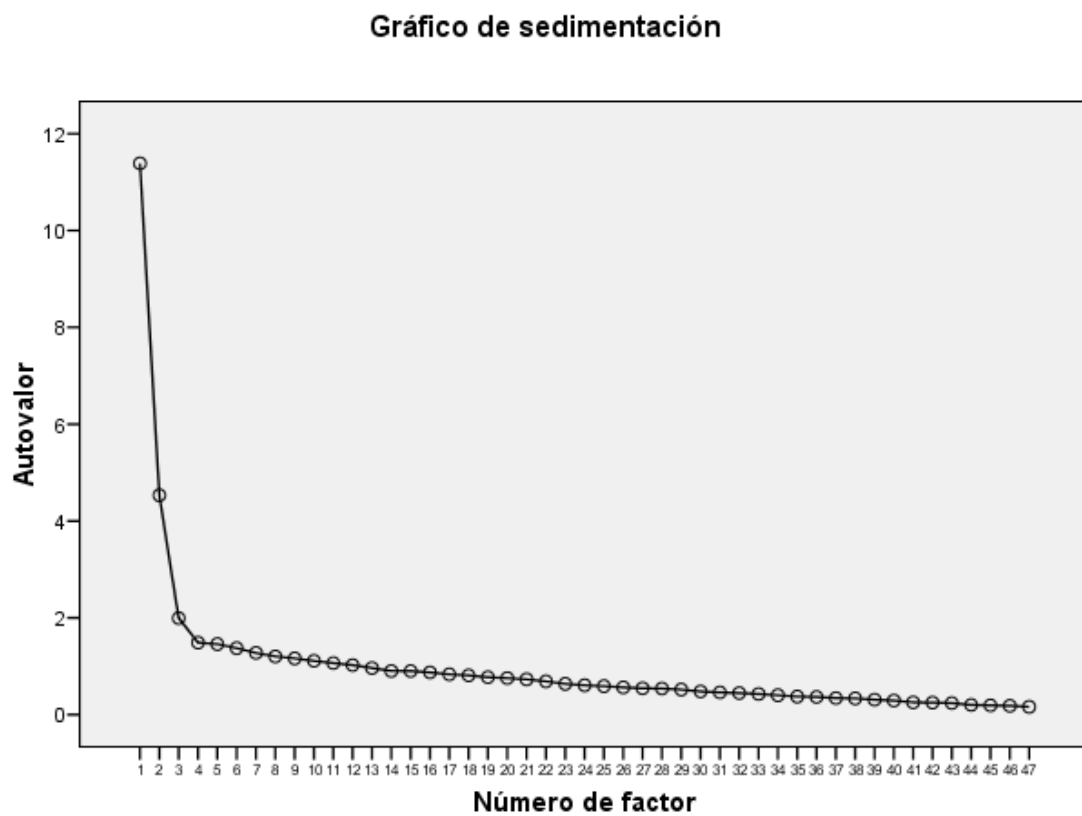
P45		0.455	
P41		0.546	
P42			
P26	0.336		0.733
P27			0.705
P40			0.524
P39			

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 20 iteraciones.

El grafico de sedimentación que se presenta en la figura 6, permite complementar la información de la matriz rotada, con el fin de delimitar el número de los factores.



*Figura 6: Gráfico de sedimentación de factores iniciales*

A partir de ambas fuentes de información, se observa que los primeros cinco factores son bastante claros y tienen suficientes ítems para contar con consistencia interna. En tanto que los últimos factores, en especial desde el 7 en adelante tienen sólo uno o dos ítems y su interpretación, aunque posible, es difícil.

Puesto que teóricamente no se espera encontrar más de siete factores, de acuerdo a lo expuesto en el marco teórico, y que además tanto la matriz de configuración como el gráfico de sedimentación sugieren que ir más allá de siete factores no parece razonable, se optó por limitar el número de factores a siete, y esta solución es la que se presenta en la siguiente tabla.

*Tabla 17: Varianza total explicada limitando a 7 los factores.*

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado o	
1	11.435	22.871	22.871	7.682	15.364	15.364	9.689
2	4.844	9.687	32.558	4.245	8.490	23.854	4.800
3	2.055	4.110	36.667	4.159	8.319	32.173	6.951
4	1.528	3.056	39.724	1.263	2.525	34.698	4.350
5	1.471	2.942	42.665	0.912	1.824	36.522	5.295
6	1.444	2.889	45.554	0.859	1.718	38.240	3.553
7	1.329	2.659	48.213	0.760	1.519	39.759	0.993

Puede observarse que con 7 factores se explica un 39.76%, al considerar los 50 ítems, lo que implica una reducción de sólo el 9% con respecto al AFE con todos los factores. En la tabla 18 se presenta la matriz rotada

Tabla 18: Matriz de configuración limitando a 7 los factores (Matriz rotada).

Ítem	Factor							
		1	2	3	4	5	6	7
P23	<b>0.793</b>							
P25	<b>0.790</b>							
P27	<b>0.758</b>							
P21	<b>0.694</b>							
P46	<b>0.661</b>							
P22	<b>0.616</b>							
P34	<b>0.610</b>							
P28	<b>0.559</b>					0.339		
P40	<b>0.533</b>							
P26	<b>0.464</b>							
P47	<b>0.438</b>						0.343	
P38	<b>0.408</b>			0.357				
P19	<b>0.408</b>							
P36	<b>0.357</b>							
P42								
P39								
P32		<b>0.643</b>						
P35		<b>0.596</b>						
P20		<b>0.570</b>						
P14		<b>0.569</b>						
P5		<b>0.567</b>						
P4		<b>0.554</b>						
P3		<b>0.527</b>						
P15		<b>0.508</b>						
P30		<b>0.504</b>						
P8		<b>0.495</b>						0.406
P11		<b>0.477</b>						
P37		<b>0.454</b>						
P9		<b>0.452</b>						0.392
P18		<b>0.424</b>	<b>-0.301</b>					
P24	0.346		<b>0.711</b>					
P49			<b>0.667</b>					
P12			<b>0.636</b>					
P29			<b>0.573</b>					
P48			<b>0.449</b>					
P16			<b>0.297</b>					
P10				<b>0.520</b>				



P17	<b>0.471</b>	
P7	<b>0.412</b>	
P13	<b>0.386</b>	
P1		
P33	<b>0.592</b>	
P2	<b>0.371</b>	
P41	<b>0.339</b>	0.310
P31	<b>0.332</b>	
P43	<b>0.292</b>	
P50		<b>0.872</b>

---

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Puede apreciarse que los ítems se agrupan claramente en las cinco primeras dimensiones.

El proceso de selección de los ítems requirió numerosas pruebas para mantener lo esencial de las cinco categorías que destacan en la tabla anterior. Si bien estas categorías son explicables, como el objetivo expreso de este trabajo era obtener un instrumento lo más breve posible, que conserve dimensiones separadas y una buena fiabilidad, se seleccionaron los ítems con peso superior a 0.3, siempre que permitiese una explicación lógica como conjunto.

Se encontraron varios modelos factoriales de cinco factores con 31, 28, 27 y 26 reactivos, los cuales explicaban el 39.8%, 40.9%, 40.6% y 41.4% de la varianza respectivamente. Además se encontraron al menos 3 modelos con 25 ítems que explicaban entre el 40 y el 42 % de la varianza. En todos los modelos anteriores la fiabilidad se situaba entre 0.85 y 0.86.

Se consideró como criterios importantes para seleccionar el modelo final que: 1) los ítems tuviesen un peso superior a 0.3 en dentro de un factor, 2) los ítems fuesen claramente distintivos de un factor, evitándose saturaciones elevadas en más de un factor. 3) Los factores tuviesen un equilibrio relativo en su cantidad de ítems 4) la estructura factorial ofreciera una interpretación clara.

Es importante señalar que en general los factores estaban integrados por los mismos ítems, siendo estables a pesar de variar algunos de los ítems que se incluían en el análisis. El resultado de este proceso se presenta en el siguiente apartado.

## 8.5 Dimensiones del instrumento final.

### 8.5.1 Reducción de Ítems.

Se ha explorado, mediante el análisis oblicuo PROMAX, hasta encontrar factores interpretables y que mantengan un buen nivel de fiabilidad del instrumento. Se ha evitado eliminar todos los ítems de valoración negativa, puesto que aunque aumentaría la fiabilidad, son estos ítems los que previenen el efecto de la de aquiescencia. Los 25 reactivos seleccionados a partir del análisis factorial se presentan en la siguiente tabla. El índice de fiabilidad obtenido fue de 0.85.

En la tabla 19 se presenta la correlación de cada ítem con el total, para observar que sucedería con la fiabilidad en caso de eliminar alguno de los reactivos del instrumento.

*Tabla 19: Correlación ítem-total de la versión final de 25 ítems*

Ítem	Contenido	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	Me siento acogido en el grupo multifamiliar	0.285	0.845
P7	Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente	0.386	0.842
P10	Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.	0.282	0.845
P12	Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.	0.324	0.844
P14	(-)El ambiente en el grupo es tenso y hostil	0.308	0.845
P15	(-) Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo	0.197	<b>0.852</b>
P16	Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas.	0.421	0.840
P19	Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas	0.359	0.842
P20	(-) Muestro poca preocupación por los otros miembros	0.332	0.845

P21	El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor	0.505	0.837
P24	Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido	0.493	0.839
P25	Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.	0.541	0.837
P26	Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.	0.592	0.836
P27	Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo	0.619	0.835
P29	Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia	0.495	0.839
P31	Los miembros muestran su preocupación unos por otros.	0.430	0.840
P32	(-) siento que el grupo es inadecuado para mi	0.319	0.846
P33	Estoy satisfecho con la forma en que funciona mi grupo	0.454	0.839
P34	Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.	0.597	0.836
P35	(-) Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.	0.320	0.845
P36	Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.	0.503	0.838
P37	(-)Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo	0.263	<b>0.849</b>
P43	Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo	0.351	0.843
P46	El coordinador del grupo está atento a mis necesidades	0.548	0.837
P50	Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente	0.578	0.837

---

Puede observarse que la eliminación de ningún ítem aumentaría sensiblemente la fiabilidad del instrumento. De hecho, los únicos ítems que la aumentarían imperceptiblemente son el 15 y el 37, pero en realidad la fiabilidad permanecería en 0.85.

### 8.5.2 Estructura factorial.

Se ha obtenido 5 factores claramente interpretables, los que se configuran sin necesidad de limitar los factores posibles.

Esta versión del instrumento queda reducida a 25 ítems. La tabla 20 presenta el porcentaje de varianza explicada por cada factor.

*Tabla 20: Porcentaje de varianza total explicada del instrumento final*

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	
1	6.767	27.066	27.066	6.214	24.855	24.855	5.313	
2	2.610	10.441	37.507	1.990	7.962	32.817	2.453	
3	1.435	5.740	43.247	0.831	3.324	36.141	4.417	
4	1.207	4.828	48.075	0.629	2.517	38.657	2.734	
5	1.145	4.579	52.655	0.574	2.295	<b>40.953</b>	4.595	

Esta versión del instrumento explica un 40.95% de la varianza total, como puede observarse en la tabla anterior. La tabla 21 presenta la matriz rotada, con las saturaciones mayores a 0.3.

*Tabla 21: Matriz de configuración del instrumento final (Matriz rotada)*

Ítem	Factor					
	1	2	3	4	5	
P25	<b>0.863</b>					
P46	<b>0.792</b>					
P21	<b>0.641</b>					
P34	<b>0.555</b>					
P27	<b>0.519</b>					
P19	<b>0.431</b>					
P26	<b>0.311</b>					
P32		<b>0.697</b>				
P20		<b>0.624</b>				
P35		<b>0.591</b>				
P14		<b>0.565</b>				
P15		<b>0.552</b>				
P37		<b>0.435</b>				
P33			<b>0.751</b>			
P36			<b>0.589</b>			
P43			<b>0.484</b>			
P31			<b>0.366</b>			
P7				<b>0.552</b>		
P50				<b>0.472</b>		
P10				<b>0.458</b>		
P1				<b>0.350</b>		
P29					<b>0.877</b>	
P24					<b>0.638</b>	
P12					<b>0.532</b>	
P16					<b>0.326</b>	

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

### 8.5.3 Factores.

Los cinco factores que se configuran libremente a partir de los 25 ítems seleccionados se detallan a continuación, con los ítems que se agrupan en ellos.

## Factor 1.

Este primer factor explica un 24.86% de la varianza del clima social. Los ítems que lo integran se presentan en la tabla 22.

Tabla 22: Ítems del factor 1

Estilo de redacción	Nº	Contenido del ítem
Aportar	19	Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas
General	21	El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor
Recibir	25	Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.
General	26	Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.
General	27	Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo
Recibir	34	Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.
Recibir	46	El coordinador del grupo está atento a mis necesidades

Consideraremos este factor de acuerdo a la procedencia de sus reactivos en las categorías propuestas *a priori*, para presentar con mayor claridad tanto las razones de su agrupación como de la denominación final que le hemos dado. Los ítems 25 y 26 provienen directamente de la dimensión *Cohesión de tarea*. El ítem 25 aborda la motivación y el 26 es prácticamente la definición de lo que se considera cohesión de tarea.

Los ítems 19 y 27 provienen de la dimensión *Cohesión social*. En tanto, el ítem 34 proviene de la dimensión *Conflicto*, donde lo considerábamos destacando la presencia de respeto en las discusiones que se generasen en el grupo. Ahora bien, puesto que los ítems 19 y 34 abordan el aspecto del respeto dentro del grupo consideramos que se pueden redefinir dentro de *Cohesión de tarea*. El respeto parece estar a medio camino entre la cohesión social y de tarea. No obstante, es necesario considerar que el respeto es esencial en cualquier equipo de trabajo, aunque sus integrantes no tengan una relación cordial entre sí, siendo esto último propio de la cohesión social. En

consecuencia, nos parece lógico suponer que el respeto debe quedar conceptualmente dentro de la *Cohesión de tarea*. Más difícil es explicar porque el ítem 27 queda dentro de esta última y no dentro de cohesión social. Generalmente se asume que la cordialidad debe estar acompañada de sinceridad. No obstante, cuando la tarea o meta de un grupo es compartir sus problemas unos con otros y apoyarse mutuamente, parece ser que la sinceridad es una condición inexcusable para realizar dicha tarea. Ahora bien, es necesario diferenciar entre que la cohesión se comporte de esta manera en los grupos autoayuda y que la cohesión generalmente incluya el *respeto* como un elemento central tanto en la cohesión de tarea como en la social.

Los ítems 21 y 46 se refieren al *Liderazgo* y es desde esta dimensión original desde donde proceden. El ítem 21 claramente se refiere a que el coordinador tenga las herramientas para realizar su función o tarea dentro del grupo, por tanto no es difícil suponer que se le considere dentro de la misma categoría que cohesión de tarea. Si el coordinador no cumple su rol o actúa de maneras incompatibles con su rol, esto entorpecerá, en vez de facilitar, el trabajo del grupo. Por otra parte, el ítem 46 se refiere a un aspecto práctico del rol del coordinador, que es prestar atención a lo que los participantes del grupo requieren. El reactivo no se refiere a que el coordinador sea cordial o que sea acogedor, sino que a que preste atención, que es una tarea primordialmente cognitiva. En este sentido consideramos que es lógico que éste ítem este asociado a todos aquellos ítems del instrumento que enfatizan las condiciones básicas para trabajar mejor en el grupo. Si el respeto mutuo, la sinceridad, el esfuerzo común, la motivación, y la preparación del coordinador se dan en conjunto, es posible decir que se dan las condiciones elementales para que las personas y/o familias compartan lo que les sucede.

Aunque consideramos que lo que predomina en éste factor es la cohesión en tanto cohesión de tarea, no se puede descartar un elemento de cohesión social, puesto que los ítems no diferencian totalmente entre ambos conceptos, además de la forma específica en que parece desarrollarse la cohesión en los grupos de autoayuda. Volveremos sobre este punto en la discusión. No obstante, dado que ninguno de los otros factores puede ser definido propiamente como de *Cohesión social*, decidimos denominar a este factor *Cohesión y liderazgo*. Aunque el liderazgo presente en este factor podría también considerarse como un liderazgo enfocado hacia la cohesión de tarea.

Este factor contiene reactivos de estilo de planteamiento diverso, incluyendo recibir (3 ítems), aportar (1 ítem) y visión general (3 ítems).

Su consistencia interna es buena, puesto que es de 0.84, de hecho, es casi la misma que la del total del instrumento.

En la tabla 23 se muestra como evolucionaría su consistencia interna si eliminásemos algún ítem.

*Tabla 23: Estadísticos total-elemento del factor 1*

	Correlación	
	elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P19	0.406	0.847
P21	0.595	0.812
P25	0.667	0.801
P26	0.578	0.814
P27	0.649	0.803
P34	0.635	0.806
P46	0.636	0.805

Puede observarse que el único reactivo que al ser removido aumentaría la consistencia interna del factor es el 19. No obstante, quitar este ítem reduciría la fiabilidad general del instrumento, como se muestra en la tabla 19.



## Factor 2.

Este factor explica un 7.96% de la varianza del clima social. Los seis ítems que lo integran se presentan en la tabla 24.

Tabla 24: Ítems del factor 2

Estilo de redacción	Nº ítem	Estilo de redacción
General	14	(-)El ambiente en el grupo es tenso y hostil
Recibir	15	(-) Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo
Aportar	20	(-) Muestro poca preocupación por los otros miembros
Recibir	32	(-) siento que el grupo es inadecuado para mi
General	35	(-) Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.
Recibir	37	(-)Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo

Consideraremos la procedencia de los diferentes reactivos de este factor. Los ítems 14 y 35 provienen de la dimensión *Conflicto*. Son los que más claramente describen un ambiente desfavorable. El ítem 37 proviene de la dimensión de *Expresividad*. En tanto el ítem 20 estaba originalmente en la dimensión de *Cohesión social*. Estos dos ítems se refieren más a un aspecto interno de la persona. El primero expresando falta de confianza para hablar y el segundo falta de interés para escuchar. Los ítems 15 y 32 provienen también del ítem *Cohesión social*, aunque su énfasis parece estar en la reacción de la persona ante lo que sucede en el grupo, puesto que se refieren a sentirse poco escuchado y a sentir que el grupo no es lo que el participante necesita para estar mejor. Podemos observar que todos estos reactivos se refieren a dificultades que se experimentan en el grupo, ya sea por como el grupo funciona, como el participante reacciona o la disposición que presenta éste para interactuar en el grupo. En consecuencia, podríamos denominar a este factor *Dificultades en el trabajo del grupo*.

El hecho de que todos los reactivos de este factor sean de valencia negativa, sumado a su menor correlación con el resto de los factores, hacen necesario realizar un análisis de la aquiescencia, que se presentará más adelante, aunque según Morales (1988) es bastante frecuente que los ítems de valencia negativa se agrupen en un mismo factor. Por otra parte, puesto que todos los ítems de este factor están invertidos en su valencia, esto tiene implicancias sobre su manera de considerarlo en los análisis. Cuando todos los reactivos de un factor están redactados de forma positiva, su interpretación se hace suponiendo que a medida que aumenta la puntuación, aumenta lo que ese factor mide. Cuando algunos están redactados en forma negativa, basta con invertir estos y la interpretación se realiza igual que en el caso anterior. No obstante, cuando todos los ítems de un factor están redactados en forma negativa, una mayor puntuación de ese factor indicara menor cantidad de lo que ese factor define. En este caso, si se afirma que “El ambiente en el grupo es tenso y hostil” (ítem 14) y eso tiene una puntuación dos en la respuesta original del sujeto, al analizar los datos es necesario invertir la valencia (esto se hace antes de saber que todos los ítems negativos quedaran juntos). Al invertir la valencia de este ítem quedaría en un valor de cinco, si los otros ítems de ese factor puntúan en la misma dirección, como es esperable puesto que eso es lo que define un factor, podríamos suponer un promedio de cinco como resultado total, para este factor. No obstante, una mayor puntuación en este caso no implica mayor presencia de ese factor, sino al contrario. Por ello, si el factor uno y el factor dos puntúan suficientemente alto, su correlación será positiva, pero su interpretación debe ser como si fuese una correlación negativa. Es decir, a mayor cohesión de tarea y liderazgo, menores dificultades en el trabajo de grupo.

Hemos considerado la opción de definir el factor en sentido contrario (por ejemplo: falta de problemas en el grupo), no obstante, puesto que privilegiamos la interpretación sencilla e inmediata en la retroalimentación a los grupos, consideramos que es más sencillo mantener el nombre de *Dificultades en el trabajo de grupo*, puesto que los ítems plantean directamente eso. Esto hace más simple la corrección como discutiremos más adelante. Aunque con fines de investigación esto requiere un poco más de atención para interpretar correctamente el factor.

Puede observarse que pese a contar sólo con 6 ítems su fiabilidad es de 0.74, lo que es aceptable.

En la tabla 25 se muestra los valores de los índices de consistencia interna al eliminar cada uno de sus ítems.

*Tabla 25 Estadísticos total-elemento del factor 2*

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P14	0.471	0.700
P15	0.451	0.705
P20	0.549	0.675
P32	0.569	0.670
P35	0.461	0.701
P37	0.344	0.736

Puede observarse que ninguno de sus ítems mejoraría la consistencia al ser eliminado.

### **Factor 3**

Este factor explica un 3.32% de la varianza del instrumento. La tabla 26 presenta los cuatro ítems que lo componen.

*Tabla 26: Ítems del factor 3*

Estilo de redacción	Nº	Estilo de redacción
<b>General</b>	<b>31</b>	Los miembros muestran su preocupación unos por otros.
<b>Recibir</b>	<b>33</b>	Estoy satisfecho con la forma en que funciona mi grupo
		Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo
<b>General</b>	<b>36</b>	funcione bien.
		Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al
<b>General</b>	<b>43</b>	grupo

Si consideramos la ubicación de estos reactivos en las escalas propuestas *a priori*, encontramos que los ítems 31 y 43 se encontraban en *Cohesión social*. Ambos ítems abordan lo que los miembros hacen en general en relación al resto. El ítem 43 está

tomado de la escala de Moos (Moos & Humphrey, 1974; Moos, 1994), aunque la pertenencia a la que se refiere no es la experimentada en general en todo el tiempo que se lleva en el grupo, sino en la sesión específica en que el instrumento fue aplicado.

Los ítems 33 y 36 provienen de la dimensión de organización. Hemos reconsiderado el contenido del ítem 33, puesto que a pesar de que la redacción está hecha en primera persona en términos de recibir, en realidad parece ser más adecuado considerarla como una pregunta de redacción general, porque valora el funcionamiento del grupo, no el beneficio específico que el participante pueda recibir de ello. Por tanto, al referirse a la satisfacción general que se experimenta con el grupo, puede entenderse como un ítem general.

El ítem 36 podría considerarse en el límite entre organización y cohesión de tarea, si consideramos el estrecho vínculo entre ambos conceptos. No obstante, al referirse a que los miembros del grupo asuman su rol activamente, parece ser mejor considerarlo como un ítem de cohesión de tarea.

Con todo, todos los ítems de este factor serían de estilo de redacción general, enfatizándose la valoración entre la relación que establecen unos miembros con otros. Por ende, hemos optado por denominar a este factor como *Valoración general del grupo*.

La consistencia interna de esta sub-escala es de 0.69. En consecuencia, ésta escala se sitúa en el límite de lo aceptable empleando criterios conservadores, lo que podría explicarse por su escaso número de ítems. Morales (1988) destaca que una de las limitaciones del Alpha de Cronbach es su dependencia de la cantidad de reactivos. De todas formas, consideramos que sería desaconsejable utilizar ésta escala por separado. Especialmente teniendo presente que el instrumento individual fue diseñado para ser aplicado con todos sus reactivos. Si bien aumentar el número de ítems sería recomendable para mejorar la consistencia interna, no lo sería en cuanto a mantener la brevedad del instrumento. Ahora bien, Morales (2007) destaca que los grupos son más estables que los sujetos, por lo que pueden tolerarse fiabilidades más bajas en instrumentos grupales. El mismo autor señala que cuando el fin del cuestionario es la

retroalimentación a grupos o la investigación, como en el presente caso, al menos se debe contar con una fiabilidad de 0.6.

La tabla 27 nos muestra que sucedería con la consistencia interna al eliminar alguno de los ítems de esta escala.

*Tabla 27: Estadísticos total-elemento del factor 3*

Ítem	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P31	0.433	0.641
P33	0.476	0.614
P36	0.559	0.558
P43	0.405	0.659

Puede observarse que el eliminar cualquiera de los reactivos disminuiría bastante la consistencia interna de la escala.

#### **Factor 4**

Este factor explica sólo un 2.5% de la varianza del clima social. Los cuatro reactivos que lo integran se muestran en la tabla 28.

*Tabla 28: Ítems del factor 4*

Estilo de redacción	Nº ítem	Estilo de redacción
<b>Recibir</b>	1	Me siento acogido en el grupo multifamiliar
<b>Recibir</b>	7	Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente
<b>Recibir</b>	10	Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.
<b>Recibir</b>	50	Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente

Los ítems 1 y 7 provienen de la escala *a priori* de *Cohesión social*. Su vinculación este concepto es bastante clara en ambos. En el ítem 1 es evidente que se destaca la calidez percibida. En el ítem 7 se destaca la percepción de que otros realmente quieren ayudar al participante.

El ítem 10 proviene de la escala de *Autodescubrimiento*. En este caso el recibir esta ligado a la experiencia de darse cuenta de algo que sucede en la propia vida a partir de la experiencia compartida por otros.

El ítem 50 proviene de la escala de *Expresividad*. Lo central de éste reactivo es que se refiere a la percepción de un espacio donde el participante se siente escuchado. En resumen, todos los reactivos de este factor se refieren a algo que se recibe del grupo, siendo esencial la percepción de calidez, de que otros se interesen en entregar ayuda y compartan su experiencia, sumando a un espacio cómodo para expresarse. Aunque podría considerarse que la cohesión social es lo que define este factor, es necesario tener presente que no abarca todo el espectro de lo esperable en este concepto, puesto que no incluye ítems que aborden lo que los participantes aportan a la cohesión social, ni la visión general de cohesión social sobre el grupo, sino sólo el aspecto de recibir. Por tanto, consideramos que la descripción más adecuada para esta sub-escala sería *Espacio de calidez*.

La consistencia interna de este factor es de 0.64 siendo la sub-escala con menor consistencia interna de todo el instrumento. Esta cifra es más baja que el conservador 0.7 recomendado, aunque es superior al 0.6 considerado como mínimo para ser útil en investigación y consultoría. Nuevamente es necesario decir que esta sub-escala no parece adecuada para aplicarse por separado.

La tabla 29 muestra los coeficientes alfa si se eliminase alguno de los reactivos de éste factor.

Tabla 29: Estadísticos total-elemento del factor 4

Ítem	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	0.347	0.616
P7	0.527	0.485
P10	0.351	0.641
P50	0.489	0.513

Puede observarse que la eliminación de ninguno de sus ítems mejoraría sensiblemente la consistencia interna de ésta sub-escala.

### Factor 5

Este factor explica un 2.3% de la varianza del clima social. Los cuatro reactivos que lo integran se presentan en la tabla 30.

Tabla 30: Ítems del factor 5

Estilo de redacción	Nº ítem	Estilo de redacción
<b>Aportar:</b>	<b>12</b>	Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.
<b>Aportar:</b>	<b>16</b>	Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas.
<b>Aportar:</b>	<b>24</b>	Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido
<b>Aportar:</b>	<b>29</b>	Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia

Los ítems 12 y 29 provienen de la dimensión *a priori* de *Cohesión de tarea*. El primero enfatiza la búsqueda activa de ayudar a otros y el segundo la percepción de sentirse capaz de hacerlo. En este sentido, se puede decir que se refieren a lo que se aporta activamente dentro del trabajo del grupo.

El ítem 24 proviene de la dimensión de *Liderazgo*. Aunque se podría esperar que se agrupase con los otros reactivos de liderazgo (ítems 21 y 46) presentes en el instrumento final, parece ser que prima más el aspecto activo de la cohesión de tarea. Puede notarse que estos tres ítems referidos a liderazgo tienen una estrecha relación con la cohesión de tarea del liderazgo y no con otros posibles aspectos de éste (como la calidez). Ahora bien, el ítem 24 se diferencia de los otros dos referidos a liderazgo en tanto que implica al sujeto en un rol activo, que es apoyar al coordinador. Aunque podría pensarse que este último ítem no se refiere propiamente a liderazgo, es necesario recordar que estamos considerando el liderazgo en términos relacionales, como se desprende de la definición dinámica de clima social que hemos realizado. Una visión estática y unidireccional del líder respecto al grupo no permite recoger realmente la dinámica de grupos.

El ítem 16 proviene de la dimensión *Cohesión social*. Nuevamente, el límite entre la cohesión social y de tarea parece difuminarse. Se puede decir que hacer que otros se sientan cómodos en el grupo es un aspecto de ambas, por las características de los grupos de autoayuda. Si se considera la comodidad de otros en términos de respeto básico, podría situarse en cohesión de tarea. No obstante, si se considera la comodidad en términos de sentirse acogido, podría situarse en cohesión social. Más allá de esta distinción, indiscutiblemente éste ítem realza el rol activo del sujeto respecto del grupo.

En resumen, los reactivos de este factor enfatizan el rol activo del sujeto en contribuir al trabajo del grupo. Por ello, hemos optado por denominarle *Aportación al grupo*.

La consistencia interna del factor cinco es 0.72, que es moderadamente buena.

A pesar de su reducida cantidad de ítems, esta sub-escala podría aplicarse por si sola, aunque como hemos señalado la aplicación de sub-escalas independientemente no estaba dentro de nuestros propósitos iniciales.

La tabla 31 muestra como afectaría a la consistencia interna de este factor la eliminación de alguno de sus ítems.



*Tabla 31: Estadísticos total-elemento del factor 5*

Ítem	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P16	0.449	0.696
P12	0.455	0.689
P24	0.535	0.641
P29	0.617	0.601

Es notable que la eliminación de cualquiera de sus reactivos reduciría sensiblemente la consistencia interna de la escala.

## 8.6 Análisis de la relación entre los factores

La tabla 32 muestra las correlaciones entre los cinco factores que conforman el instrumento final.

*Tabla 32: correlaciones entre los factores del instrumento individual*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Factor 1	1	.217(**)	.572(**)	.473(**)	.574(**)
Factor 2		1	.130(*)	0.093	0.05
Factor 3			1	.475(**)	.476(**)
Factor 4				1	.506(**)
Factor 5					1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Puede observarse que el factor dos es el que tiene menos relación con el resto, siendo significativa su correlación con el factor uno ( $p < 0.01$ ), y moderadamente significativa con el factor tres ( $p < 0.05$ ) pero inexistente con el cuatro y cinco. Los demás factores mantienen relaciones significativas entre sí ( $p < 0.01$ ).

### 8.6.1 Análisis factorial de segundo orden.

Teniendo en cuenta la relación existente entre los factores, se decidió realizar un análisis factorial de segundo orden mediante el método de extracción de Máxima verosimilitud. Para ello, es preciso que cumpla con los requisitos de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, en la que se obtiene una puntuación de 0.79, que se considera buena. Por otra parte, la prueba de esfericidad de Bartlett es significativa ( $p < 0.01$ ). De esta manera, se cumplen con las condiciones para realizar un AFE, como muestra la tabla 33.

*Tabla 33: Resultados de la prueba de KMO y prueba de Bartlett del instrumento final*

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0.791
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	630.677
	aproximado	
	gl	10
	Sig.	.000

Por otra parte, el análisis de máxima verosimilitud requiere que se cumpla la prueba de bondad de ajuste del modelo, la que también se cumple,  $\chi^2 (5, 246) = 41,9$ ,  $p < 0.01$ .

Una vez comprobados los requisitos, los resultados del AFE de segundo orden se presentan en la tabla 34.

*Tabla 34: Porcentaje de varianza total explicada del AFE de segundo orden*

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.054	61.071	61.071	2.738	54.754	54.754
2	0.988	19.761	80.833			
3	0.523	10.463	91.295			
4	0.236	4.719	96.014			
5	0.199	3.986	100			

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Puede observarse que el único factor que se obtiene explica casi el 55% de la varianza del instrumento. En la tabla 35 se presenta la matriz factorial, considerando los factores originales de acuerdo a su peso en este factor de segundo orden.

*Tabla 35: Matriz factorial del AFE de 2º orden*

	Factor
	1
Factor original 1	0.885
Factor original 3	0.876
Factor original 5	0.855
Factor original 4	0.608
Factor original 2	0.292

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

1 factor extraído. Requeridas 4 iteraciones.

Puede observarse que los tres primeros factores tienen casi el mismo peso en el factor de segundo orden. Por otra parte, el factor original dos se ubica en la última posición y obtiene un peso que está en el límite de 0.3. Al presentar un solo factor la solución no requiere rotarse.

Éste AFE de segundo orden nos permite considerar que si bien el factor dos tiene el peso factorial más bajo, todavía puede considerarse parte del único factor que se obtiene. En consecuencia, a partir de éste análisis de segundo orden, se encuentra evidencia para suponer que el instrumento de respuesta individual es unidimensional. No obstante, es necesario realizar nuevas aplicaciones del instrumento para conocer el comportamiento del factor dos. De todas formas, a continuación presentamos el análisis de lo que sucedería si optásemos por eliminar los ítems que componen el factor dos del instrumento.

### 8.7 Análisis del instrumento eliminando todos los ítems del factor dos.

Se utilizó el mismo método de extracción (máxima verosimilitud) y la rotación PROMAX con Káiser. Se cumple con las condiciones de los estadísticos de idoneidad de la matriz, puesto que el índice de Kaiser-Meter-Olkin es de 0.9 y la prueba de esfericidad de Barlett es significativa ( $p < 0.01$ ), como se muestra en la tabla 36. Además todos los autovalores son positivos y mayores de 1.

*Tabla 36 Resultados de prueba de KMO y prueba de Bartlett*

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0.896
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	
	aproximado	1591.419
	gl	171
	Sig.	0

La prueba de bondad de ajuste también resultó significativa ( $p < 0.01$ ). El porcentaje de varianza explicada al considerar sólo los factores uno, tres, cuatro y cinco es de 42%. A continuación se presenta la matriz factorial rotada.

*Tabla 37: Matriz rotada excluyendo el factor 2*

	Factor			
	1	2	3	4
P46	0.845			
P25	0.788			
P21	0.656			
P27	0.587			
P34	0.58			
P19	0.345			
P26	0.307			
P36		0.772		
P33		0.642		
P43		0.477		
P31		0.418		
P7			0.586	
P50			0.554	
P1			0.429	
P10			0.4	
P29				0.842
P24				0.658
P12			0.326	0.522
P16				0.309

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Puede observarse que los ítems que se agrupan en cada factor son exactamente los mismos que al incluir el factor dos. Lo único que cambia ligeramente es el peso de algunos ítems en sus factores. Secundariamente, el ítem 12 satura ligeramente por encima de 0.3 en más de un factor, aunque es claramente distintivo del mismo factor en que se encontraba anteriormente (cuatro).

Por último la fiabilidad que se obtiene al excluir el factor dos es, tal y como se esperaba, más elevada, alcanzando un valor de 0.89.

Con todo, hemos elegido conservar el factor dos, puesto que es recomendable mantener ítems de valencia negativa y además este factor es interpretable, aunque su inclusión disminuya significativamente la varianza explicada. Volveremos sobre este tema en la discusión, tras de realizar los análisis adicionales sobre aquiescencia de este factor.

### **8.8 Estilos de redacción: Análisis entre aportar, recibir y visión general.**

Según la definición que hemos realizado de clima social, es necesario analizar los ítems de acuerdo a si su estilo de redacción se refieren a algo que se aporta, se recibe o si es una visión general del grupo. Al dividir los ítems de ésta manera, en la versión final de 25 ítems, se obtienen los siguientes estadísticos.

*Tabla 38: Estadísticos descriptivos de cada estilo de redacción de ítems*

	<u>Media</u>	<u>Desviación típica</u>	<u>N</u>
Aportar	5.14	0.72	6
Recibir	5.15	0.64	10
Visión Gral.	5.15	0.71	9

Puede observarse que la media y la desviación típica de los tres tipos de redacción son muy similares, aunque el número de preguntas de cada estilo de redacción es diferente. Esto sugiere que la distribución de ítems mantiene un equilibrio entre estas tres formas de redacción. En la tabla 39 presentamos las correlaciones entre estas tres formas de categorizar los reactivos. Además, agregamos la diferencia entre aportar y recibir. Esto

nos permitirá buscar evidencia del efecto de esta diferencia de acuerdo a la teoría del equilibrio y al *principio terapéutico del ayudador*. La diferencia se obtiene restando a las puntuaciones promedios de aportar, las puntuaciones promedios de recibir.

*Tabla 39: Correlaciones entre las formas de redacción.*

	Aportar	Recibir	Diferencia AR	Visión Gral.
Aportar	1	.590(**)	.557(**)	.644(**)
Recibir		1	-.342(**)	.659(**)
Diferencia AR			1	0.072
Visión Gral.				1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Puede verse que las tres presentan correlaciones significativas positivas entre sí ( $p < 0.01$ ). Además, la diferencia entre aportar y recibir, presenta la lógica correlación con ambas, pero no con la visión general.

Al considerar el nivel de análisis grupal de las formas de redacción del primer instrumento se obtienen los resultados que se muestran en la siguiente tabla.

*Tabla 40: Correlaciones entre las formas de redacción consideradas a nivel grupal.*

	AportarGr	RecibirGr	DiferenciaGr	VisiónGGru
Aportar Gr	1	.569(**)	.645(**)	.697(**)
Recibir Gr		1	-.261(**)	.786(**)
Diferencia Gr			1	0.089
VisiónG Gru				1

En este caso, a pesar de aumentar el valor de las correlaciones, no hay diferencia con el análisis de primer nivel, puesto que la diferencia entre aportar y recibir permanece sin relación con la visión grupal.

Ésta información es insuficiente si no se la relaciona con los factores, por ello, a continuación presentamos las correlaciones entre estas tres formas de redacción de los ítems y los cinco factores obtenidos.

*Tabla 41: correlación entre formas de redacción y los 5 factores del instrumento individual*

	Factor1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Aportar	.703(**)	.354(**)	.513(**)	.469(**)	.860(**)
Recibir	.676(**)	.669(**)	.456(**)	.670(**)	.427(**)
Diferencia AR	.123	-.277(**)	.128(*)	-.143(*)	.561(**)
Visión Gral.	.756(**)	.487(**)	.818(**)	.471(**)	.534(**)
<hr/>					
**	La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).				
*	La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).				

Puede observarse que las tres formas de categorizar los ítems correlacionan significativamente con todos los factores ( $p < 0.01$ ). Adicionalmente, la diferencia entre aportar y recibir correlaciona significativamente con los factores dos y cinco ( $p < 0.01$ ), y moderadamente con los factores tres y cuatro ( $p < 0.05$ ), excluyendo únicamente al factor uno. Para interpretar la relación que presenta la diferencia entre aportar y recibir, es necesario tener presente que el factor dos (*Dificultades del trabajo de grupo*) tiene todos sus ítems de valencia negativa, por lo que a mayores puntuaciones, menores serán las dificultades percibidas a nivel individual. Por tanto, puede decirse que a media que aumenta la percepción de que las personas que aportan más de lo que reciben del grupo, las dificultades del trabajo del grupo se perciben como mayores.

## 8.9 Análisis del instrumento de evaluación grupal del Clima Social.

Este instrumento consta de 7 reactivos, formulados de acuerdo a las 7 dimensiones esperadas *a priori* a partir del marco teórico (Tabla 42).

Tabla 42: Ítems del instrumento grupal

Nº Ítem	Contenido
1	El ambiente del grupo ha sido cálido y acogedor
2	Nos hemos concentrado adecuadamente en trabajar sobre nuestros problemas
3	El trabajo del grupo ha permitido mejorar la comprensión de nosotros mismos
4	El conflicto ha sido bien manejado durante la sesión
5	Se ha dado un espacio cómodo para expresar lo que nos sucede
6	Se ha respetado las normas del grupo
7	El coordinador del grupo ha realizado bien su labor

Los 246 sujetos han respondido dentro de los 31 grupos a los que pertenecían. Es necesario aclarar que no hemos encontrado ninguna referencia a un análisis factorial sobre instrumentos de respuesta grupal, si bien teóricamente es posible. Esto probablemente se deba a lo infrecuente que es plantear este tipo de análisis. De hecho, incluso cuando se recomienda la cantidad de participantes requeridos para realizar éste tipo de análisis se suele hablar de sujetos en relación a la cantidad de ítems, como hemos revisado anteriormente.

Nosotros hemos remplazado la cantidad de sujetos por ítems, por la cantidad de grupos por ítems. Por tanto, se cuenta con 4.4 grupos por ítem, que se correspondería con contar con 4-5 sujetos por ítems sugeridos para los análisis factoriales tradicionales.

Se utilizó un análisis de componentes principales con rotación VARIMAX, puesto que se cumplen las condiciones para este análisis, no siendo posible aplicar un análisis oblicuo, puesto que no se cumplían las condiciones para ello, por que una o más de las comunales eran mayores a uno y la prueba de bondad de ajuste no se superó adecuadamente ( $p > 0,01$ ).

La solución inicial ofrece 2 factores, el primero de los cuales explica un 43.34% de la varianza, como muestra las siguientes tablas.



*Tabla 43: Varianza total explicada del instrumento de respuesta grupal*

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.034	43.345	43.345	3.034	43.345	43.345
2	1.090	15.570	58.914	1.090	15.570	58.914

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Se puede observar que todos los ítems saturan más en el primer factor, por lo que se le puede considerar un factor único general de evaluación.

En la tabla 44 se presenta la matriz de factores del AFE de éste instrumento.

*Tabla 44: Matriz de factores del instrumento grupal*

	factores	
	1	2
PG1	0.702	
PG2	0.615	
PG3	0.624	0.612
PG4	0.623	0.358
PG5	0.673	
PG6	0.639	-0.582
PG7	0.725	-0.373

Método de extracción: Análisis de factores principales.

Puede observarse que todos los ítems se agrupan en el primer factor. La de la fiabilidad este instrumento de respuesta grupal es de 0.77, que se considera buena.

A continuación se muestra en la tabla 45 lo que sucedería con la fiabilidad de éste instrumento al eliminar cualquiera de sus reactivos.

*Tabla 45: Estadísticos total-elemento del instrumento de respuesta grupal*

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>PG1</b>	33.645	6.037	0.545	0.722
<b>PG2</b>	34.000	6.067	0.458	0.743
<b>PG3</b>	33.613	6.712	0.448	0.744
<b>PG4</b>	33.710	6.346	0.474	0.738
<b>PG5</b>	33.581	6.585	0.524	0.732
<b>PG6</b>	34.000	5.467	0.471	0.751
<b>PG7</b>	33.581	6.452	0.582	0.722

A pesar de lo breve del instrumento cuenta con una fiabilidad aceptable. Además, tal y como es de esperar dado su brevedad, eliminar cualquiera de estos ítems disminuye su fiabilidad.

#### **8.10 Análisis de la relación entre el instrumento individual y el instrumento grupal.**

Si bien ambos instrumentos se construyeron sobre la misma base teórica, no son directamente comparables ítem por ítem, dado que no tendría sentido aplicar exactamente los mismos ítems individuales al grupo. Por ello, el instrumento grupal aplica un ítem por cada dimensión esperable.

La comparación entre las puntuaciones totales de cada grupo y el promedio de las puntuaciones individuales totales de la versión individual del instrumento, es la primera opción lógica, puesto que nos arrojaría información sobre la validez. No obstante, esto debe ser interpretado con cautela puesto que ambos instrumentos se construyeron simultáneamente.

El instrumento individual permite dos niveles de análisis, la respuesta promedio de cada individuo por separado y los individuos de un grupo de forma agregada (promedio del grupo). Por ello consideramos necesario presentar la relación entre ambos niveles de análisis y la respuesta grupal del segundo instrumento.

*Tabla 46: Correlaciones entre ambos instrumentos*

	PromGr25	PromT25Items	PromGrupal
PromGr25	1	.416(**)	.389(**)
PromT25Items		1	.162(*)
PromGrupal			1
** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).			
* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).			

Nota: PromGr25: promedio de cada grupo en el instrumento final. PromT25: promedio de cada sujeto en el instrumento individual. PromGrupal: promedio de cada grupo en el instrumento de respuesta grupal.

Al considerar la versión final del instrumento, se puede observar que ambos niveles de análisis correlacionan significativamente entre sí ( $p < 0.01$ ) como es esperable. No obstante, al compararse con la respuesta grupal, el nivel de análisis individual se correlaciona moderadamente con ésta ( $p < 0.05$ ), en tanto que la media grupal presenta una correlación más significativa con la respuesta grupal ( $p < 0.01$ ). Esto sugiere que tiene más sentido utilizar los promedios del grupo para comparar el instrumento individual con el grupal. No obstante, consideraremos ambos niveles para tener un análisis más completo.

### **8.11 Análisis de la relación entre el líder del grupo y las puntuaciones totales de ambos instrumentos.**

A nivel teórico es interesante analizar la relación entre el líder y su grupo, puesto que autores como Burlingame et al. (2011a) consideran que el rol del líder es decisivo en los grupos de psicoterapia. En tanto, que nosotros hemos afirmado que en los grupos de autoayuda el rol del líder debería tener un peso mucho menor. Esto puede considerarse una hipótesis que coincide con la hipótesis nula, es decir, que la puntuación del líder en clima social no correlaciona con las puntuaciones de los miembros del grupo. Una manera de analizar ésta relación líder-grupo es observando si las respuestas del líder se correlacionan con el promedio de las respuestas de su grupo. Por tanto, hemos analizado la relación entre la media de las puntuaciones del líder (coordinador) de grupo y los resultados de ambos niveles del instrumento de aplicación individual y la media del instrumento de respuesta grupal.

Es necesario decir que sólo se analizaron 30 grupos, puesto que hubo un líder de grupo que no completó el instrumento. Este análisis fue realizado tanto sobre la versión con los 50 ítems originales como sobre la versión final del instrumento, considerando ambos niveles de análisis (individual y grupal) en cada uno de ellos. La tabla 47 las correlaciones.

*Tabla 47: Correlaciones de resultados totales con los resultados de los coordinadores.*

	PromGrup50	PromCoord50	PromG25	PromCoor25	PromGrupal
PromGrup50	1	0.29	.945(**)	0.276	.482(**)
PromCoord50		1	0.211	.973(**)	0.003
PromG25			1	0.235	.420(*)
PromCoor25				1	0.034
PromGrupal					1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Nota: PromGrup50: promedio de cada grupo en el instrumento de 50 ítems. PromCoord50: promedio de cada coordinador en el instrumento de 50 ítems. PromGrup25: promedio de cada grupo en el instrumento de 25 ítems. PromCoor25: promedio de cada coordinador en el instrumento de 25 ítems. PromGrupal: promedio del instrumento grupal.

Como puede verse no hay ninguna relación significativa entre las puntuaciones del grupo, en ninguno de los dos niveles de análisis, y las puntuaciones de sus respectivos coordinadores. Esto implica que la influencia del líder en las respuestas de los integrantes del grupo puede no ser tan relevante, o al menos que no varía en la misma dirección. Tampoco se encontró una relación entre los resultados de los coordinadores y las respuestas del instrumento grupal.

### 8.12 Relación entre resultados de ambos instrumentos y los factores del primer instrumento.

Si consideramos los niveles de análisis (individual y grupal) de la versión final de 25 ítems y la respuesta grupal del segundo instrumento en relación a los factores que se han extraído en el AFE, se obtiene la información que aparece en las siguientes tablas. En ambas tablas presentamos la media del puntaje de cada grupo, el puntaje total de cada sujeto y el puntaje grupal del segundo instrumento. En la tabla 48 se presentan éstas puntuaciones en relación a los factores a nivel de análisis individual y en la tabla 49 se presentan las mismas puntuaciones pero relacionados con las medias grupales de los factores.

*Tabla 48: Correlaciones entre resultados y factores finales a nivel individual.*

	Factor1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
PromGr25	.278(**)	.287(**)	.371(**)	.220(**)	.249(**)
PromT25	.817(**)	.598(**)	.695(**)	.625(**)	.662(**)
PromGrupal	0.09	.181(**)	.155(*)	0.079	-0.022
**	La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).				
*	La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).				

*Nota:* PromGrup25: promedio de cada grupo en el instrumento de 25. PromT25: promedio de cada sujeto en el instrumento de 25. PromGrupal: promedio de cada grupo en el instrumento de respuesta grupal.

Puede observarse que ambos niveles de análisis de los resultados totales del instrumento de aplicación individual, correlacionan significativamente con todos los factores. No obstante, el segundo instrumento sólo correlaciona significativamente con dos factores, el factor dos ( $p < 0.01$ ) y el factor tres ( $p < 0.05$ ).

*Tabla 49: Correlaciones entre resultados y factores finales a nivel grupal.*

	Factor 1Gr	Factor 2Gr	Factor 3Gr	Factor 4Gr	Factor 5Gr
PromT25	.314(**)	.294(**)	.386(**)	.289(**)	.260(**)
PromGr25	.753(**)	.707(**)	.927(**)	.694(**)	.628(**)
PromGrupal	.242(**)	.447(**)	.390(**)	.248(**)	-0.055

*Nota:* PromGrup25: promedio de cada grupo en el instrumento de 25. PromT25: promedio de cada sujeto en el instrumento de 25. PromGrupal: promedio de cada grupo en el instrumento de respuesta grupal.

Puede observarse que al utilizar los promedios grupales (segundo nivel de análisis) las relaciones significativas aumentan. Aunque los factores a este nivel disminuyen el valor de su correlación con los resultados totales por sujeto, aun así mantienen relaciones significativas ( $p < 0.01$ ). El promedio grupal del instrumento individual aumenta sus correlaciones con todos los factores, manteniendo su significatividad ( $p < 0.01$ ). La diferencia más importante respecto del análisis a nivel individual, es que las correlaciones del instrumento grupal con los factores aumentan sus valores e incluye casi a la totalidad de estos, excepto el factor cinco (*Aportación al grupo*). Ahora bien, esta falta de relación es esperable puesto que el instrumento grupal está redactado en un estilo de redacción general y éste factor en particular agrupa ítems redactados exclusivamente en términos de *aportar*.

Con todo, puede observarse que aunque ambos niveles de análisis arrojan correlaciones significativas con el instrumento de respuesta grupal, el segundo nivel de análisis parece el más indicado para encontrar un mayor número de correlaciones y con mayores valores.

### 8.13 Relación entre resultados de clima social y formas de redactar los ítems.

Es necesario considerar los resultados totales de ambos instrumentos en relación a las formas de redactar los ítems. En la tabla 50 se muestran las relaciones entre la puntuación individual, promedio de cada grupo, respuesta grupal del segundo instrumento y las tres formas de redacción. Además, se considera la relación con la diferencia entre aportar y recibir, que se obtiene restando al total de aportar el total de recibir.

*Tabla 50: Correlaciones entre resultados y estilos de redacción*

	Aportar	Recibir	Diferencia AR	Visión Gral
PromGr25	.349(**)	.341(**)	0.055	.394(**)
PromT25	.819(**)	.882(**)	0.046	.898(**)
Prom Grupal	0.083	.143(*)	-0.051	.178(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Nota: PromGr25: promedio de cada grupo en el instrumento de 25. PromT25: promedio de cada sujeto en el instrumento de 25. PromGrupal: promedio de cada grupo en el instrumento de respuesta grupal.

Puede observarse que tanto la respuesta de cada sujeto como el promedio de grupo se correlacionan significativamente con las tres formas de redacción de los ítems ( $p < 0.01$ ), si bien no lo hacen con la diferencia entre aportar y recibir. Por tanto, a medida que aumenta lo que las personas perciben recibir del grupo, lo que las personas perciben aportar al grupo y mejora la visión general que tienen de éste, mayor será el puntaje total individual. Asimismo, a medida que aumenta la percepción del grupo de lo que se está aportando y recibiendo, así como el funcionamiento del grupo, mejor será el promedio grupal en el instrumento individual.

Por su parte, la respuesta grupal del segundo instrumento se correlaciona significativamente con la *visión general* ( $p < 0.01$ ) y tiene una relación moderadamente significativa con *recibir* ( $p < 0.05$ ). Por tanto, a medida que la visión general de los participantes en el primer instrumento es más elevada, mayor será la percepción grupal sobre que el grupo está funcionando bien. Además, a medida que los participantes perciban recibir más del grupo en el instrumento individual, mejor será la percepción grupal del funcionamiento del grupo en el instrumento grupal.

La ausencia de una relación entre los resultados del instrumento grupal y el estilo de redacción *aportar* era esperable, puesto que como hemos dicho no comparten el estilo de redacción.

A continuación consideraremos es segundo nivel de análisis, promedios grupales, para los estilos de redacción. En la tabla 51 se presentan las relaciones.

*Tabla 51: Correlaciones entre resultados y estilos de redacción a nivel grupal*

	Aportar Gr	Recibir Gr	Diferencia Gr	Visión G Gru
PromGr25	.819(**)	.897(**)	.129(*)	.945(**)
PromT25	.340(**)	.373(**)	0.053	.393(**)
PromGrupal	.194(**)	.370(**)	-0.12	.425(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Nota: PromGr25: promedio de cada grupo en el instrumento de 25. PromT25: promedio de cada sujeto en el instrumento de 25. PromGrupal: promedio de cada grupo en el instrumento de respuesta grupal.

Aportar Gr: promedio de cada grupo en estilo de redacción aportar den instrumento individual. Recibir Gr: promedio de cada grupo del estilo de redacción Recibir en el instrumento individual. Visión General: Promedio de cada grupo en el estilo de visión general del instrumento individual.

Puede observarse que las correlaciones tienden a tener valores mayores y aparecen más relaciones significativas. En concreto, los tres estilos de redacción correlacionan con todos los resultados, con los dos niveles del primer instrumento y con los resultados del segundo. Es interesante notar que *aportar* a este nivel si correlaciona significativamente con el resultado grupal del segundo instrumento ( $p<0.01$ ). Además la correlación entre éste resultado del segundo instrumento con *recibir* se vuelve más significativa ( $p<0.01$ ).

Por otra parte, aparece una correlación moderadamente significativa de la diferencia entre *aportar* y *recibir* con el segundo nivel de análisis del primer instrumento ( $p<0.05$ ). Por tanto, a medida que los participantes perciben que aportan más de lo que reciben, mayor es la puntuación media de su grupo.

#### 8.14 Relación de los ítems del instrumento grupal entre sí.

Las dimensiones equivalentes a cada pregunta serían: *Cohesión social* (ítem 1), *Cohesión de tarea* (ítem 2), *Autodescubrimiento* (ítem 3), *Manejo del conflicto* (ítem 4), *Expresividad* (Ítem 5), *Organización* (ítem 6) y *Liderazgo* (Item 7).

En la tabla 52 se presenta la relación de los ítems del segundo instrumento entre sí.

*Tabla 52: correlaciones entre los ítems del instrumento grupal*

	ItemGR1	ItemGR2	ItemGR3	ItemGR4	ItemGR5	ItemGR6	ItemGR7
ItemGR1	1	,483(**)	,469(**)	0,117	,277(**)	,236(**)	,453(**)
ItemGR2		1	,455(**)	,243(**)	,396(**)	,361(**)	,446(**)
ItemGR3			1	,369(**)	0,04	-0,079	,279(**)
ItemGR4				1	,333(**)	,287(**)	,207(**)
ItemGR5					1	,507(**)	,695(**)
ItemGR6						1	,611(**)
ItemGR7							1
**	La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).						
*	La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).						



Puede observarse que el primer ítem se relaciona significativamente con todos los otros excepto con el ítem cuatro ( $p < 0.01$ ). Por tanto a medida que aumenta la percepción grupal de *Cohesión social*, aumentan también la percepción grupal de *Autodescubrimiento*, *Expresividad*, *Organización* y *Liderazgo*.

El ítem dos se relaciona significativamente con todos los demás ítems ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que aumenta la percepción grupal de *Cohesión de tarea* aumenta también los valores de todas las otras dimensiones.

El ítem grupal tres se relaciona significativamente con los ítems uno, dos, cuatro y siete ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que aumenta la percepción grupal de *Autodescubrimiento*, aumenta también la percepción grupal de *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Manejo del conflicto* y *Liderazgo*.

El ítem grupal cuatro se asocia significativamente con todos los demás, excepto con el primero ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que mejora la percepción grupal del *Manejo del conflicto*, aumenta la *Cohesión de tarea*, el *Autodescubrimiento*, la *Expresividad*, la *Organización* y el *Liderazgo*.

El ítem grupal cinco se asocia significativamente con todos los demás, excepto con el ítem tres ( $p < 0.01$ ). Por tanto a medida que aumenta la percepción grupal de *Expresividad*, aumentan también la *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Manejo del conflicto*, *Organización* y *Liderazgo*. Es llamativa la ausencia de correlación entre *Expresividad* y *Autodescubrimiento*.

El ítem grupal seis se relaciona significativamente con todos los otros ítems, excepto el ítem tres ( $p < 0.01$ ). Por ende, a medida que aumenta la percepción grupal de *Organización*, aumentan también la *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Manejo del conflicto*, *Expresividad*, y *Liderazgo*.

El ítem grupal siete se asocia significativamente con todos los demás ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que la percepción grupal del *Liderazgo* aumenta, aumentan también la *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Expresividad*, *Manejo del conflicto* y *Organización*. En este sentido, si encontraríamos evidencia de que el rol del líder es importante dentro del grupo.

### 8.15 Relación detallada entre ítems de la versión grupal y los resultados del instrumento de respuesta individual.

Considerando que cada uno de los reactivos grupales fue propuesto como equivalente a las 7 categorías esperadas *a priori* en el instrumento de respuesta individual, es importante conocer el detalle de la relación entre estas preguntas y los resultados, por ello presentamos a continuación la tabla 53, que muestra las correlaciones. Se ha incluido la satisfacción considerada a nivel individual y grupal para hacer más completo el análisis, puesto que en los resultados anteriores la satisfacción obtuvo significatividad.

Tabla 53: correlaciones entre resultados, satisfacción e ítems del instrumento grupal.

	ItemGR1	ItemGR2	ItemGR3	ItemGR4	ItemGR5	ItemGR6	ItemGR7
PromT25	.265(**)	0.103	.134(*)	-0.059	.145(*)	0.042	.157(*)
PromGr25	.639(**)	.249(**)	.323(**)	-.143(*)	.349(**)	0.1	.378(**)
Satisf	.239(**)	.139(*)	0.111	0.039	.240(**)	.206(**)	.260(**)
Satisf Gr	.629(**)	.366(**)	.292(**)	0.102	.632(**)	.540(**)	.684(**)
**	La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).						
*	La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).						

Puede observarse que al considerar el total de las respuestas de cada sujeto, el nivel individual, los resultados se relacionan con más de la mitad de los ítems del instrumento grupal, excepto el ítem dos (*Cohesión de tarea*), cuatro (*Manejo del conflicto*) y seis (*Organización*). Existe una relación significativa entre este puntaje total individual y el ítem grupal uno (*Cohesión social*) ( $p < 0.01$ ). Por ende, puede decirse que a mayor puntaje total individual mayor será la cohesión social percibida a nivel grupal. Los ítems tres (*Autodescubrimiento*), cinco (*Expresividad*) y siete (*Liderazgo*) se relacionan de forma moderadamente significativa ( $p < 0.05$ ) con los resultados del primer instrumento considerados a nivel individual. Por tanto, un mayor puntaje total individual está asociado a una percepción grupal de mayor *Autodescubrimiento*, mayor *Expresividad* y mejor *Liderazgo*.

Si se considera el nivel de análisis grupal (media del grupo) las relaciones que se establecen son más y de mayor significación. De esta manera, el único ítem que queda fuera de la relación es el seis (*Organización*). Existe una relación significativa con los ítems uno (*Cohesión social*), dos (*Cohesión de tarea*), tres (*Autodescubrimiento*), cinco (*Expresividad*) y siete (*Liderazgo*) ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que es mayor la media de las puntuaciones dentro de cada grupo en el primer instrumento, su percepción grupal de la *Cohesión social*, la *Cohesión de tarea*, el *Autodescubrimiento*, la *Expresividad* y el *Liderazgo*, es mayor. Por otra parte, el ítem cuatro (*Manejo del Conflicto*) se relaciona moderada y negativamente con la media del puntaje grupal ( $p < 0.05$ ). Por tanto, a medida que aumenta el puntaje dentro del grupo, disminuye la percepción grupal del manejo del conflicto.

Es interesante destacar que se cumple la lógica en el nivel de análisis, de manera que considerar la media de las puntuaciones grupales del instrumento individual permite obtener correlaciones mayores con la percepción grupal del instrumento grupal.

La relación de los ítems del instrumento grupal con la satisfacción considerada a nivel individual (ítem 33) es significativa en los ítems uno (*Cohesión social*), cinco (*Expresividad*), seis (*Organización*) y siete (*Liderazgo*) ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a mayor satisfacción de los sujetos con su grupo, la percepción grupal sobre *Cohesión social*, *Expresividad*, *Organización* y *Liderazgo* es mayor. Además, se obtiene una correlación moderadamente significativa con el ítem dos (*Cohesión de tarea*) ( $p < 0.05$ ). Por ende, a mayor satisfacción percibida a nivel individual mayor será la percepción grupal de la *Cohesión de tarea*. Los ítems tres (*Autodescubrimiento*) y cuatro (*Manejo del conflicto*) no se relacionan con la satisfacción considerada a éste nivel.

Si consideramos el promedio grupal de la satisfacción obtenemos correlaciones significativas con todos los ítems del instrumento grupal, excepto el cuatro. Por tanto, un promedio grupal mayor de satisfacción esta asociado a una percepción grupal mayor de la *Cohesión social*, la *Cohesión de tarea*, el *Autodescubrimiento*, la *Expresividad*, la *Organización* y el *Liderazgo* ( $p < 0.01$ ).

### 8.16 Relación entre los ítems del instrumento grupal y los factores del instrumento individual.

Si abordamos la relación entre los reactivos del instrumento grupal y los factores obtenidos en el primer instrumento obtenemos un mayor nivel de detalle. La siguiente tabla presenta ésta relación.

*Tabla 54: correlaciones entre los ítems del instrumento grupal y los factores del instrumento individual.*

	ItemGR1	ItemGR2	ItemGR3	ItemGR4	ItemGR5	ItemGR6	ItemGR7
Factor1	,192(**)	0,013	0,073	-0,026	0,076	0,013	0,108
Factor 2	,216(**)	,140(*)	0,096	0,024	,140(*)	0,098	0,125
Factor 3	,257(**)	0,073	,127(*)	-0,063	,153(*)	0,044	,166(**)
Factor 4	0,119	0,072	,136(*)	-0,026	0,053	-0,015	0,074
Factor 5	0,064	0,016	0,039	-,183(**)	0,038	-0,069	0,036

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Puede observarse que el ítem uno correlaciona con los tres primeros factores ( $p < 0.01$ ), lo que implicaría que la percepción de cohesión social a nivel del grupo estaría directamente relacionada con estos factores. Puesto que el factores dos tiene todos sus ítems en sentido inverso (valencia negativa) su interpretación debe ser que a mayor puntuación menores son las dificultades del trabajo de grupo. En este caso, una mayor percepción individual de *Cohesión y liderazgo*, una menor percepción de *Dificultades en el trabajo del grupo* y una mejor *Valoración general del grupo* estarían asociadas a mayor percepción grupal de *Cohesión social*.

El ítem grupal dos correlaciona aunque moderadamente con el factor dos ( $p < 0.05$ ). Entonces, puede decirse que la percepción grupal de la *Cohesión de tarea* mejora mientras menos dificultades se perciban a nivel individual en el trabajo de grupo.

El ítem grupal tres tiene una correlación moderadamente significativa con los factores tres y cuatro. Esto implicaría que la percepción de *Autodescubrimiento* a nivel grupal aumenta cuando a nivel individual se tiene una *Valoración general del grupo* mejor y se percibe un mayor *Espacio de calidez* en el grupo.

El ítem grupal cuatro correlaciona de inversamente con el factor cinco ( $p < 0.01$ ). De esta manera, la percepción grupal del manejo del conflicto es menor cuando a nivel individual se percibe que se puede aportar más al grupo. Hubiésemos esperado que este ítem correlacionase con el factor dos, que se refiere a las dificultades en el trabajo del grupo, pero no ha sido así.

El ítem cinco correlaciona moderadamente con los factores dos y tres ( $p < 0.05$ ). Como hemos dicho que todo el factor dos está invertido, la interpretación sería que la percepción grupal de expresividad aumenta cuando a nivel individual se perciben menores *Dificultades en el trabajo del grupo* y se tiene una mejor *Valoración general del grupo*.

El ítem seis del instrumento grupal es el único que no se relaciona con ningún factor. No obstante, es necesario recordar que casi todos los reactivos referidos a organización fueron descartados en el instrumento grupal, por ello este resultado no es inesperado, ya que este ítem aborda ese aspecto.

El ítem siete correlaciona sólo con el factor tres ( $p < 0.01$ ), por lo que puede decirse que la percepción grupal del trabajo del coordinador mejora a medida que la percepción individual de la *Valoración general del grupo* es más elevada.

### 8.17 Relación entre factores del instrumento individual e ítems del instrumento grupal.

Si consideramos los promedios de los factores en cada grupo en la comparación con los ítems del segundo instrumento, obtenemos más y mayores correlaciones. Este sería el nivel lógico de utilizar, si se considera que permite una mayor equivalencia entre ambos instrumentos, en términos de nivel de análisis. Aunque la información obtenida en el nivel anterior también resulta útil. En la tabla 55 se presentan las correlaciones entre los factores considerados a nivel grupal y los ítems del instrumento grupal.

*Tabla 55: correlaciones entre los ítems grupales y los factores del primer instrumento a nivel grupal.*

	ItemGR1	ItemGR2	ItemGR3	ItemGR4	ItemGR5	ItemGR6	ItemGR7
Factor 1Gr	.518(**)	0.033	.198(**)	-0.068	.203(**)	0.038	.293(**)
Factor 2Gr	.532(**)	.344(**)	.235(**)	0.059	.345(**)	.243(**)	.309(**)
Factor 3Gr	.645(**)	.186(**)	.317(**)	-.156(*)	.384(**)	0.113	.416(**)
Factor 4Gr	.372(**)	.226(**)	.430(**)	-0.08	.165(**)	-0.048	.231(**)
Factor 5Gr	.162(*)	0.04	0.099	-.458(**)	0.094	-.174(**)	0.089
**	La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).						
*	La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).						

Puede observarse que el ítem grupal uno (*Cohesión social*) se relaciona con todos los factores del instrumento de respuesta individual ( $p < 0.01$  en los cuatro primeros y  $p < 0.05$  en el último). Ya hemos explicado que el factor dos debe interpretarse en sentido inverso al tener todos sus ítems de valencia negativa. Por tanto, una percepción promedio de mayor *Cohesión y liderazgo*, menores *Dificultades en el trabajo de grupo*, mejor *Valoración general del grupo*, mejor *Espacio de calidez* y mayor *Aportación al grupo* se asocian con una mayor percepción grupal de la *Cohesión social*.

El ítem grupal dos (*Cohesión de tarea*) se correlaciona significativamente con los factores dos, tres y cuatro ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que disminuyen las *Dificultades*

*del trabajo de grupo*, aumenta *Valoración general del grupo* y el *Espacio de calidez*, aumenta también la percepción grupal de *Cohesión de tarea*. Era esperable que este ítem se relacionase con el factor uno (*Cohesión y liderazgo*) pero en este nivel tampoco fue así. Por otra parte, también hubiese sido posible esperar una asociación con el factor cinco (*Aportación al grupo*).

El ítem grupal tres (*Autodescubrimiento*) se relaciona con los cuatro primeros factores ( $p < 0.01$ ). Por tanto, una mayor *cohesión y liderazgo*, menores *Dificultades en el trabajo de grupo*, mayor *Valoración general del grupo* y mayor *Espacio de calidez* se asocian a una mayor percepción grupal de autodescubrimiento.

El ítem grupal cuatro se relaciona negativa y significativamente con el factor cinco ( $p < 0.01$ ) y con el factor tres ( $p < 0.05$ ). Por tanto, una mayor *Valoración general del grupo* y mayor *Aportación al grupo* se asocian a una menor percepción grupal del *Manejo del conflicto*. Tampoco se encuentra a este nivel una asociación con el factor dos (dificultades del trabajo de grupo), como hubiese sido posible esperar.

El ítem grupal cinco se relaciona con los cuatro primeros factores de manera significativa ( $p < 0.01$ ). Por tanto, una mayor *Cohesión y liderazgo*, menores *Dificultades del trabajo de grupo*, mayor *Valoración general del grupo* y mayor *Espacio de calidez* se asocian a una percepción grupal de mayor *Expresividad*.

El ítem grupal seis (*Organización*) se asocia significativamente con el factor dos ( $p < 0.01$ ). Por tanto, menores *Dificultades en el trabajo de grupo* se asocian a una mayor percepción grupal de *Organización*. Además se encuentra una relación significativa y negativa entre el factor cinco y éste ítem. Por tanto, una mayor *Aportación al grupo* estaría asociada a una menor percepción grupal de *Organización*.

El ítem grupal 7 se relaciona significativamente con los cuatro primeros factores ( $p < 0.01$ ). Por tanto, una mayor *Cohesión de tarea y liderazgo*, menores *Dificultades del trabajo de grupo*, mayor *Valoración general* y mayor *Espacio de calidez* se asocian a una mayor percepción grupal del liderazgo.

Es destacable que el factor cinco (*Aportación al grupo*) sea el que menos relación tenga con los reactivos del instrumento grupal. No obstante, el estilo de redacción del instrumento grupal es general y el contenido de las preguntas no se presta para expresar lo que se aporta al grupo, que es lo que caracteriza a éste factor.

### 8.18 Relación entre los ítems del instrumento grupal y las formas de redacción.

Consideramos que puesto que nuestra definición de clima social implica una relación dinámica entre lo que se percibe aportar y lo que se percibe recibir del grupo, es importante analizar como se manifiesta esta relación en los instrumentos. Por ello, hemos considerado la relación de los ítems del instrumento grupal con las formas de redacción del instrumento individual. A pesar de que el instrumento grupal no está redactado en diferentes formas, sino que se ha redactado en forma general. No obstante, es interesante conocer si la tendencia a responder más alto en alguna de las formas de redacción del instrumento de respuesta individual se asocia con diferencias en los resultados de cada ítem grupal.

*Tabla 56; correlaciones entre los estilos de redacción y los ítems del instrumento grupal*

	Aportar	Recibir	Diferencia AR	Visión Gral.
ItemGR1	,164(*)	,217(**)	-0,033	,292(**)
ItemGR2	0,077	0,095	-0,009	0,092
ItemGR3	0,068	,167(**)	-0,092	0,1
ItemGR4	-,131(*)	-0,009	-,144(*)	-0,039
ItemGR5	,136(*)	0,102	0,053	,145(*)
ItemGR6	-0,009	0,012	-0,022	0,092
ItemGR7	0,123	,131(*)	0,008	,153(*)
**	La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			
*	La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).			

Puede notarse que el estilo de redacción *aportar* tiene una relación moderadamente significativa con los ítems grupales uno (*Cohesión social*), cuatro (*Manejo del conflicto*) y cinco (*Expresividad*) ( $p < 0.05$ ). Por tanto, a mayor precepción individual de *aportar*, mayor será la percepción grupal de *Cohesión social*, menor la de *Manejo del conflicto* y mayor la de *Expresividad*.

El estilo de redacción de *recibir* se relaciona significativamente con los ítems uno (*Cohesión social*) y tres (*Expresividad*) con una  $p < 0.01$ . Por tanto, a mayor percepción



individual de recibir algo del grupo, mayor será la percepción grupal de *Cohesión social* y *Expresividad*. Además se encuentra una relación moderadamente significativa entre *Recibir* y el ítem siete (*Liderazgo*) con  $p < 0.05$ . Por ende, a mayor percepción individual de recibir algo del grupo, mayor será el liderazgo percibido.

El estilo de redacción *visión general* se relaciona significativamente con el ítem uno (*Cohesión social*) ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que la *visión general* del grupo a nivel individual es mayor, mayor será la percepción grupal de *Cohesión social*. También se obtiene una correlación significativa con los ítems cinco (*Expresividad*) y siete (*Liderazgo*) ( $p < 0.05$ ). Por tanto, a medida que mejor es la *visión general* del grupo a nivel individual, mayor es la percepción grupal de *Expresividad* y *Liderazgo*.

La diferencia entre *aportar* y *recibir* tiene una relación moderadamente significativa con el ítem cuatro (*Manejo del conflicto*) ( $p < 0.05$ ). Es decir, a medida que los usuarios individualmente perciben que aportan al grupo más de lo que reciben, menor será la percepción grupal de *Manejo del conflicto*.

A continuación, en la tabla 57, se presenta la relación entre los ítems grupales y las formas de redacción de los ítems en el segundo nivel de análisis, las medias grupales en el primer instrumento.

*Tabla 57; correlaciones entre los estilos de redacción a nivel grupal y los ítems del instrumento grupal*

	Aportar Gr	Recibir Gr	Diferencia Gr	Visión Gral. Gru
ItemGR1	,383(**)	,569(**)	-0,079	,695(**)
ItemGR2	,176(**)	,244(**)	-0,019	,220(**)
ItemGR3	,158(*)	,436(**)	-,215(**)	,238(**)
ItemGR4	-,308(**)	-0,028	-,338(**)	-0,095
ItemGR5	,319(**)	,265(**)	0,122	,349(**)
ItemGR6	-0,02	0,027	-0,054	,218(**)
ItemGR7	,289(**)	,340(**)	0,019	,366(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Puede apreciarse que al considerar la medias de cada grupo, el estilo de redacción *aportar* se relaciona con todos los ítems, excepto con el seis (*Organización*). Los ítems grupales uno, dos, cuatro, cinco y siete correlacionan significativamente con éste estilo ( $p<0.01$ ), mientras que el ítem tres presenta una significación moderada ( $p<0.05$ ). Por tanto, a medida que aumenta lo que se percibe que se aporta, aumenta la percepción grupal de *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Autodescubrimiento*, *Manejo del conflicto*, *Expresividad* y *Liderazgo*.

El estilo de redacción *recibir* se relaciona significativamente con los ítems uno, dos, tres, cinco y siete ( $p<0.01$ ). Por tanto, a medida que aumenta lo que el grupo en su conjunto percibe recibir, aumenta a nivel grupal la percepción de *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Autodescubrimiento*, *Expresividad* y *Liderazgo*.

El estilo de redacción *visión General* se relaciona con todos los ítems de forma significativa ( $p<0.01$ ), excepto con el ítem cuatro (*Manejo del Conflicto*). Por tanto, una mayor *visión general* implica una mayor percepción grupal de *Cohesión social*, *Cohesión de tarea*, *Autodescubrimiento*, *Expresividad*, *Organización* y *Liderazgo*.

La diferencia entre aportar y recibir mantiene a este nivel de análisis su relación significativa negativa con el ítem cuatro (*Manejo del conflicto*), pero además agrega una relación significativa en la misma dirección con el ítem grupal tres (*Autodescubrimiento*). Por tanto, a medida que los grupos en su conjunto perciben aportar más de lo que reciben, disminuye la percepción grupal del *Autodescubrimiento* y el *Manejo del conflicto*.

## 9. Análisis adicionales.

Aunque los resultados fundamentales son los relacionados con la fiabilidad, validez y estructura factorial de los instrumentos, consideramos oportunos completarlos con una serie de análisis adicionales que presentamos a continuación

### 9.1 Instrumento de respuesta individual: Análisis de las variables demográficas y tiempo de permanencia.

#### Comparación de grupos por sexo en resultados, edad y satisfacción.

La comparación de medias intergrupo se analizó mediante la prueba T para muestras independientes. Las medias y desviaciones típicas según sexo, tanto en la versión de 50 ítems como en la versión final de 25, se presentan en la tabla 58.

*Tabla 58: estadísticos descriptivos según sexo*

	SEXO	N	Media	Desviación típica.
Satisfacción	Hombre	96	5.02	1.29
	Mujer	150	5.42	1.08
PromT25	Hombre	96	5.00	0.66
	Mujer	150	5.24	0.53
Prom50	Hombre	96	4.85	0.60
	Mujer	150	5.10	0.49
Edad	Hombre	96	48.63	14.19
	Mujer	150	48.44	14.68

Nota: PromT25= Media en el instrumento final. Prom50= Media en el instrumento de 50 ítems.

A continuación se presentan los resultados de la Prueba de T

*Tabla 59: Resultados de la prueba de Levene y prueba T para muestras independientes.*

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Satisf.	Se han asumido varianzas iguales	2.316	0.129	-2.616	244	0.009
PromT25	Se han asumido varianzas iguales	2.959	0.087	-3.167	244	0.002
Prom50	Se han asumido varianzas iguales	2.754	0.098	-3.499	244	0.001
Edad	Se han asumido varianzas iguales	0.317	0.574	0.098	244	0.922

Nota: satisf.= satisfacción individual con el funcionamiento del grupo. PromT25= Media en el instrumento final. Prom50= Media en el instrumento de 50 ítems.

En todas las variables excepto en edad se encuentran diferencias significativas ( $p < 0.01$ ). La satisfacción con el funcionamiento del grupo es mayor en mujeres ( $M = 5.42$ ) que en los hombres ( $M = 5.02$ ). La puntuación en la versión de 50 ítems es mayor en mujeres ( $M = 5.10$ ) que en hombres ( $M = 4.85$ ). Esta diferencia se mantiene en la versión de 25 ítems, siendo mayor la puntuación de las mujeres ( $M = 5.24$ ) que la de los hombres ( $M = 5.0$ ). Por tanto, podemos concluir que las mujeres participantes en el PEM se muestran más satisfechas que los hombres y perciben un clima social más positivo.

## **9.2 Relación entre sexo y factores del instrumento de respuesta individual.**

Los resultados anteriores sugieren que es necesaria una exploración más detallada de las diferencias por sexo en el instrumento de respuesta individual. Por ende, hemos analizado las diferencias por sexo en cada uno de los cinco factores del instrumento final.

Se utilizó nuevamente la prueba T para muestras independientes. En la tabla 60 se presenta la media y la desviación típica de cada factor según el sexo de los participantes.

*Tabla 60: Estadísticos descriptivos de cada factor.*

	SEXO	N	Media	Desviación típica.
Factor 1	Hombre	96	5.24	0.87
	Mujer	150	5.48	0.72
Factor 2	Hombre	96	4.47	1.20
	Mujer	150	4.75	1.09
Factor 3	Hombre	96	4.97	0.97
	Mujer	150	5.26	0.76
Factor 4	Hombre	96	5.34	0.76
	Mujer	150	5.52	0.63
Factor 5	Hombre	96	5.07	0.94
	Mujer	150	5.28	0.74

La tabla 61 presenta los resultados de la Prueba T.

*Tabla 61: Resultados de la prueba T para muestras independientes de cada factor según sexo.*

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
Factor 1	No se han asumido varianzas iguales	4.566	0.034	-2.195	174.535	<b>0.029</b>	
Factor 2	Se han asumido varianzas iguales	0.666	0.415	-1.838	244	<b>0.067</b>	
Factor 3	Se han asumido varianzas iguales	1.866	0.173	-2.646	244	<b>0.009</b>	
Factor 4	No se han asumido varianzas iguales	4.529	0.034	-2.011	174.325	<b>0.046</b>	
Factor 5	Se han asumido varianzas iguales	2.129	0.146	-2	244	<b>0.047</b>	

Nota: Nivel de significación .05

Según la Prueba de Levene las varianzas de las poblaciones de hombres y mujeres son diferentes en los factores uno y cuatro ( $p < 0.05$ ). En tanto que en el resto de los factores se puede asumir varianzas iguales. De acuerdo a esto, en el factor tres aparecen diferencias significativas ( $p < 0.01$ ), mientras que en los factores uno, cuatro y cinco se encuentran diferencias moderadamente significativas ( $p < 0.05$ ). El factor dos es el único que no presenta diferencias por sexo. En consecuencia, se puede decir que la *Valoración general del grupo* (factor tres) es mayor en mujeres ( $M = 5.26$ ) que en hombres ( $M = 4.97$ ). En *Cohesión y liderazgo* (factor uno) puntúan moderadamente más alto las mujeres ( $M = 5.48$ ) que los hombres ( $M = 5.24$ ). El *Espacio de calidez* es también moderadamente mayor en mujeres ( $M = 5.52$ ) que en hombres ( $M = 5.34$ ). Finalmente, las percepción de las mujeres sobre su *Aportación al grupo* (Factor cinco) es mayor ( $M = 5.28$ ) que la percibida por los hombres ( $M = 5.07$ ).

### 9.3 Relación entre sexo y formas de redacción de los ítems.

Se ha empleado la Prueba T de comparación de medias independientes para comprobar si existen diferencias por sexo en las puntuaciones de los ítems al categorizarlos según la forma de redacción de los reactivos.

Tabla 62: Estadísticos descriptivos de estilos de redacción según sexo

	SEXO	N	Media	Desviación típica
Aportar	Hombre	96	4.97	0.81
	Mujer	150	5.24	0.64
Recibir	Hombre	96	5.04	0.67
	Mujer	150	5.22	0.61
Diferencia AR	Hombre	96	-0.06	0.65
	Mujer	150	0.02	0.60
Visión Gral.	Hombre	96	4.98	0.79
	Mujer	150	5.27	0.63

La tabla 63 presenta los resultados de la Prueba T, incluye los datos de la Prueba de Levene para establecer la igualdad de las varianzas poblacionales.

*Tabla 63: Resultados de la prueba T para muestras independientes.*

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
Aportar	Se han asumido varianzas iguales	1.464	0.228	-2.928	244	0.004	
Recibir	Se han asumido varianzas iguales	1.323	0.251	-2.267	244	0.024	
Diferencia AR	Se han asumido varianzas iguales	0.18	0.672	-1.044	244	0.298	
Visión Gral.	Se han asumido varianzas iguales	3.623	0.058	-3.109	244	0.002	

Se encontraron diferencias significativas en *aportar* y *visión General* ( $p < 0.01$ ), en tanto que en *recibir* se encontraron diferencias moderadamente significativas con un nivel de confianza de 0.95%. En consecuencia, se puede decir que las mujeres perciben que aportan más ( $M = 5.24$ ) que los hombres ( $M = 4.97$ ) y que su *visión general* es más positiva ( $M = 5.27$ ) que la de los hombres ( $M = 4.98$ ). Además, las mujeres obtienen en *recibir* una puntuación mayor ( $M = 5.22$ ) que la de los hombres ( $M = 5.04$ ), lo que implica que perciben recibir del grupo más que estos.

## 9.4 Tiempo de Permanencia.

Se ha examinado la relación de la permanencia con la edad, la satisfacción individual, los resultados del clima social individual (en ambos niveles) y el resultado grupal del segundo instrumento.

*Tabla 64: Correlaciones entre permanencia, edad y resultados del instrumento individual.*

	Permanencia	Edad	Satisf	PromT25	PromGr25	Prom Grupal
Permanencia	1	.242(**)	-0.059	0.019	0.103	0.044
Edad		1	0.021	-0.104	0.006	0.042
Satisf.			1	.515(**)	.248(**)	.267(**)
PromT25				1	.416(**)	.162(*)
PromGr25					1	.389(**)
Prom Grupal						1

Nota: satisf.= satisfacción individual con el funcionamiento del grupo. PromT25= resultado promedio individual en el instrumento final. PromGr25= resultado promedio de cada grupo en el instrumento individual final. Prom. Grupal= resultado en el instrumento de respuesta grupal.

\*\* Significativo al .01. \* significativo al .05

Puede observarse que la única diferencia significativa en el tiempo de permanencia se produce con la edad ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a mayor edad mayor tiempo de permanencia.

En la tabla 65, se muestra la correlación entre el tiempo de permanencia y los factores del instrumento individual final.

*Tabla 65: Correlaciones entre tiempo de permanencia y los 5 factores finales.*

	Permanencia	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Permanencia	1	-0.009	0.03	0.012	-0.02	0.043



Puede observarse que el tiempo de permanencia no correlaciona con ninguno de los factores obtenidos en el instrumento individual.

Finalmente, se presenta en la tabla 66 un análisis del tiempo de permanencia con los diferentes estilos de redacción de los ítems.

*Tabla 66: Correlaciones entre tiempo de permanencia y estilos de redacción de los ítems*

	Permanencia	Aportar	Recibir	Diferencia AR	Visión Gral.
Permanencia	1	0.064	0.028	0.046	-0.027

Puede observarse que el tiempo de permanencia no se relaciona significativamente con ninguno de los estilos de redacción de los ítems.

### **9.5Tiempo de permanencia y diferencias según sexo.**

Si consideramos la variable tiempo de permanencia en forma categorial, como se detalla en la tabla 67, es posible realizar un ANOVA que incluya ésta variable y el sexo, para descartar efectos de interacción entre ambas variables

*Tabla 67: Categorías de variables independientes del ANOVA*

	Valor	Etiqueta del valor	N
PERMANENCIA	0	menos de un mes	44
	1	1 a 3 meses	32
	2	3 a 6 meses	40
	3	6 meses a 1 año	34
	4	1 a dos años	33
	5	2 a 5 años	35
	6	más de 5 años	28
SEXO	0	Hombre	96
	1	Mujer	150

En la siguiente tabla se presentan los resultados del ANOVA.

*Tabla 68: Resumen de resultados ANOVA DOS VÍAS: tiempo de permanencia y sexo.*

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	8.533(a)	13	0.656	1.94	0.027
Intersección	5498.029	1	5498.029	16250.392	000
PERMANENCIA	3.976	6	0.663	1.959	0.072
SEXO	3.342	1	3.342	9.877	0.002
PERMANENCIA * SEXO	1.27	6	0.212	0.625	0.71

R cuadrado = ,098 (R cuadrado corregida = ,048)

Variable dependiente: Resultado promedio individual en el instrumento de 25Items

Puede observarse que sólo el sexo tiene una influencia significativa, que ya fue explicado en el análisis con la prueba T para muestras independientes. El objetivo de este ANOVA era descartar un efecto principal de tiempo de permanencia y la interacción entre tiempo de permanencia y sexo, y como puede comprobarse no existe interacción. No obstante, puede observarse que el tiempo de permanencia tienen un efecto marginalmente no significativo ( $p = 0.07$ ). Puesto que por el análisis de correlaciones de tiempo de permanencia mostrado en la tabla 69, hemos establecido que ésta se relaciona con edad, consideramos necesario realizar un análisis de covarianza para controlar su posible efecto sobre la puntuación del clima social. En la siguiente tabla presentamos éste análisis considerando la edad como co-variable.

*Tabla 69: ANCOVA. Variables independientes: Tiempo de permanencia y sexo.*

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	9.789(a)	14	0.699	2.091	0.013
Intersección	503.992	1	503.992	1507.327	0
Edad	1.256	1	1.256	3.755	0.054
PERMANENCIA	4.35	6	0.725	2.168	0.047
SEXO	3.469	1	3.469	10.375	0.001
PERMANENCIA * SEXO	1.154	6	0.192	0.575	0.75

R cuadrado = ,112 (R cuadrado corregida = .059)

Variable dependiente: Resultado promedio individual en el instrumento de 25Items. Co-variable: edad.

Puede observarse que la edad presenta un efecto significativo de covariación sobre la puntuación del clima social ( $p < 0.05$ ). Al controlar éste efecto, el tiempo de permanencia aún tiene un efecto moderadamente significativo sobre la puntuación final de los participantes ( $p < 0.05$ ). En la tabla 70 se presentan las medias marginales estimadas para continuar el análisis de las diferencias entre grupos de acuerdo a su tiempo de permanencia.

*Tabla 70: Medidas marginales estimadas*

PERMANENCIA	Media	Error típ.
menos de un mes	5.002(a)	0.098
1 a 3 meses	4.921(a)	0.103
3 a 6 meses	5.177(a)	0.093
6 meses a 1 año	5.221(a)	0.13
1 a dos años	5.288(a)	0.102
2 a 5 años	5.012(a)	0.1
más de 5 años	5.317(a)	0.115

Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguiente valores: Edad = 48.5122.

Variable dependiente: Resultado promedio individual en el instrumento de 25Items

Antes de proseguir con la comparación por pares de grupos para establecer las diferencias, presentamos el análisis de Levene para comprobar que todos los grupos tienen la misma varianza poblacional.

*Tabla 71: Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error(a)*

F	gl1	gl2	Significación
1.476	13	232	0.127

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

Variable dependiente: Resultado promedio individual en el instrumento de 25Items

Puede apreciarse que no puede rechazarse la hipótesis nula de que las varianzas poblacionales de todos los grupos son iguales, respetándose la condición de homocedasticidad del ANCOVA.

La tabla 72 muestra de las diferencias entre los grupos de acuerdo a su permanencia.

*Tabla 72: Comparaciones por pares de grupos según tiempo de permanencia*

(I)	(J)	Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación(a)
PERMANENCIA	PERMANENCIA			
menos de un mes	1 a 3 meses	0.081	0.141	0.568
	3 a 6 meses	-0.176	0.135	0.196
	6 meses a 1 año	-0.22	0.163	0.18
	1 a dos años	-.287(*)	0.141	<b>0.043</b>
	2 a 5 años	-0.01	0.142	0.943
	más de 5 años	-.316(*)	0.153	<b>0.041</b>
1 a 3 meses	menos de un mes	-0.081	0.141	0.568
	3 a 6 meses	-0.256	0.139	0.067
	6 meses a 1 año	-0.301	0.166	0.072
	1 a dos años	-.367(*)	0.145	<b>0.012</b>
	2 a 5 años	-0.091	0.144	0.53
	más de 5 años	-.397(*)	0.155	<b>0.011</b>
3 a 6 meses	menos de un mes	0.176	0.135	0.196
	1 a 3 meses	0.256	0.139	0.067
	6 meses a 1 año	-0.044	0.16	0.782
	1 a dos años	-0.111	0.138	0.423
	2 a 5 años	0.165	0.137	0.227
	más de 5 años	-0.14	0.148	0.345
6 meses a 1 año	menos de un mes	0.22	0.163	0.18
	1 a 3 meses	0.301	0.166	0.072
	3 a 6 meses	0.044	0.16	0.782
	1 a dos años	-0.067	0.165	0.687
	2 a 5 años	0.21	0.164	0.202
	más de 5 años	-0.096	0.173	0.58
1 a dos años	menos de un mes	.287(*)	0.141	<b>0.043</b>
	1 a 3 meses	.367(*)	0.145	<b>0.012</b>
	3 a 6 meses	0.111	0.138	0.423
	6 meses a 1 año	0.067	0.165	0.687
	2 a 5 años	0.276	0.143	0.055
	más de 5 años	-0.029	0.154	0.85
2 a 5 años	menos de un mes	0.01	0.142	0.943

	1 a 3 meses	0.091	0.144	0.53
	3 a 6 meses	-0.165	0.137	0.227
	6 meses a 1 año	-0.21	0.164	0.202
	1 a dos años	-0.276	0.143	0.055
	más de 5 años	-.306(*)	0.151	<b>0.044</b>
más de 5 años	menos de un mes	.316(*)	0.153	<b>0.041</b>
	1 a 3 meses	.397(*)	0.155	<b>0.011</b>
	3 a 6 meses	0.14	0.148	0.345
	6 meses a 1 año	0.096	0.173	0.58
	1 a dos años	0.029	0.154	0.85
	2 a 5 años	.306(*)	0.151	<b>0.044</b>

---

Basadas en las medias marginales estimadas.

\*La diferencia de las medias es significativa al nivel .05.

Variable dependiente: Resultado promedio individual en el instrumento de 25Items

Puede observarse que la puntuación total del instrumento de respuesta individual es menor en el grupo de los que llevan menos de un mes en el PEM ( $M = 5.0$ ) que en el de los que tienen entre uno y dos años de permanencia ( $M = 5.3$ ), también se encuentran diferencias entre el primer grupo y el de los que llevan más de cinco años ( $M = 5.3$ ) ( $p < 0.05$ ).

El grupo de los que llevan entre 1 a 3 meses también tiene un resultado total menor ( $M = 4.9$ ) que el de los grupos que llevan entre uno y dos años ( $M = 5.3$ ) y más de 5 años ( $M = 5.3$ ) ( $p < 0.05$ ).

El grupo de los que tienen un tiempo de permanencia de 2 a 5 años presenta diferencias significativas exclusivamente con el grupo que tiene más de cinco años, siendo su puntuación menor ( $M = 5.0$ ) que la de éste último grupo ( $M = 5.3$ ).

Puede observarse en conjunto que los dos grupos iniciales puntúan menos en clima social, puntuación que parece ir subiendo en los tres grupos siguientes para luego volver a bajar en el sexto grupo y subir en el último grupo. Aunque puede considerarse la posibilidad de un patrón no lineal en las puntuaciones del clima social, los resultados deben considerarse con cautela al depender del autoinforme de los sujetos (lo que ellos recuerdan llevar en el grupo) y no de listas de asistencia objetivas u otra fuente más fiable. Por otra parte, aunque hemos seguido una lógica teórica y práctica para dividir

los grupos en torno a hitos temporales que podríamos considerar importantes, es posible que otras formas de categorizar la permanencia arroje diferencias más claras.

### **9.6Otros análisis.**

Se han explorado todas las demás comparaciones entre las variables demográficas y tiempo de permanencia sobre los resultados de clima social en el primer instrumento (de respuesta individual), sin encontrar ningún otro resultado significativo.

### **9.7 Análisis adicionales del instrumento grupal.**

#### **9.7.1 Resultados del instrumento grupal y variables demográficas continuas: edad y tiempo de permanencia.**

La relación de la edad, el tiempo de permanencia y la satisfacción a nivel individual con los resultados la hemos considerado en la tabla 64, donde no se encontró ninguna relación significativa de las dos primeras variables con satisfacción ni con resultados del clima social de éste segundo instrumento. En tanto que satisfacción obtuvo una relación significativa con todos los resultados. En la tabla 73 presentamos la relación entre los resultados de ambos instrumentos con las variables de satisfacción, tiempo de permanencia y edad, considerándolas a nivel grupal. Hemos incluido nuevamente la satisfacción individual, porque ahora utilizamos el resultado individual de 25 ítems sin considerar el ítems 33, con el objeto de mostrar si existe variación al excluir éste ítem que por si sólo puede medir satisfacción.

*Tabla 73: Correlaciones entre resultados del instrumento individual y variables demográficas.*

	Satisf	SatisfGr	EdadGr	PermanenciaGr
PromT25Items	.515(**)	.271(**)	0.006	0.081
PromT25Sin33	.454(**)	.251(**)	0.001	0.087
PromGr25	.248(**)	.653(**)	0.016	.196(**)
PromGrupal	.267(**)	.703(**)	0.105	0.084
SatisfGr	.380(**)	1	.155(*)	-0.076
Satisf	1	.380(**)	0.059	-0.03
EdadGr	0.059	.155(*)	1	.414(**)
PermanenciaGr	-0.03	-0.076	.414(**)	1

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Nota: PromGrup25: promedio de cada grupo en el instrumento de 25. PromT25Sin33: promedio de cada sujeto en el instrumento de 25, excluyendo el ítem de satisfacción. PromGrupal: promedio de cada grupo en el instrumento de respuesta grupal. Satisf: satisfacción a nivel individual. Satisf Gr: promedio grupal de la satisfacción en el primer instrumento. Edad Gr: promedio de edad de los participantes del grupo. Permanencia Gr: promedio del tiempo de permanencia grupal de los integrantes.

Puede observarse que al considerar el nivel de análisis grupal, la variable satisfacción aumenta las correlaciones, manteniendo su correlación significativa con todos los resultados del clima social ( $p < 0.01$ ), y agrega una correlación moderadamente significativa con la edad media del grupo ( $p < 0.05$ ). Por tanto, a medida que la satisfacción del grupo aumenta, las puntuaciones de ambos instrumentos aumentan. Además, a medida que aumenta la media de edad del grupo, aumenta la media grupal de satisfacción. Adicionalmente, excluir el ítem 33 del instrumento, para eliminar el posible efecto de repetición de la variable, no afecta en nada la significación de las correlaciones. Es decir, para controlar que la presencia del ítem 33 dentro del factor tres (*Valoración general del grupo*) del instrumento de respuesta individual favorezca la correlación, hemos calculado la puntuación total de cada sujeto sin ese ítem. No obstante, los resultados no varían.

La correlación entre edad y permanencia se mantiene significativa, aumentando el valor de la correlación ( $p < 0.01$ ). Por ende, a medida que aumenta la edad promedio de los integrantes del grupo, mayor será su puntuación grupal en el instrumento de respuesta individual.

Es interesante el resultado que se obtiene al considerarse el tiempo de permanencia a nivel grupal, puesto que aparece una correlación significativa con el promedio grupal del instrumento de respuesta individual ( $p < 0.01$ ). Por tanto, a medida que el tiempo de permanencia promedio de los integrantes es mayor, aumenta la puntuación obtenida en el instrumento de respuesta individual, siendo mejor su percepción del clima social.



## **XVII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

En el presente trabajo hemos continuado con una línea de investigación anterior que, a partir de las inquietudes de los participantes, buscaba responder a la necesidad de construir un modelo de evaluación para el PEM y, dentro de este modelo, priorizar el desarrollo de instrumentos que midiesen la dinámica grupal. Esto último ha sido el foco principal de la presente investigación. Tras revisar la literatura hemos optado por utilizar el concepto de clima social para abordar la dinámica del grupo. Luego era necesario encontrar los instrumentos disponibles para medir clima social en grupos de autoayuda y seleccionar alguno. No obstante, no existían instrumentos adecuados para ello, por lo que era necesario desarrollar instrumentos nuevos. Más aún, ninguna de las definiciones de clima social respondía al rol activo de las personas dentro de los grupos de autoayuda, por lo que fue preciso proponer una nueva definición. Esta definición exigía desarrollar dos instrumentos complementarios para acceder tanto a la percepción individual como al consenso del grupo y así captar el clima social como un todo.

Decidimos optar por el método inductivo para desarrollar nuestro trabajo. Es decir, a partir de un caso particular avanzar hacia la generalidad. Consideramos mejor el conocer un caso específico a partir del cual ir revisando los límites hasta los cuales es posible generalizar. Esta estrategia obedece a que los resultados de la investigación deben ser útiles a los participantes de la investigación y es la continuación lógica de nuestro trabajo anterior. Nos parece que es necesario que la investigación social beneficie, en la medida de lo posible, a quienes están siendo investigados y con quienes se co-construye los resultados. A continuación presentaremos los aspectos más relevantes de los instrumentos de clima social, el modelo de evaluación en el que se contextualizan y el nuevo concepto de clima social que hemos propuesto.

## **Instrumentos.**

El objetivo fundamental de nuestro trabajo ha sido desarrollar los instrumentos de medición del clima social en grupos de autoayuda aplicables al PEM. Entonces comenzaremos por discutir los resultados que hemos obtenido sobre ellos. Por claridad, denominamos al instrumento de respuesta individual como primer instrumento y al instrumento de respuesta grupal como segundo instrumento.

La propuesta de dos instrumentos complementarios que midan el clima social es fruto del interés por resolver, o intentar resolver, el consabido problema de cómo medir la dinámica del grupo. Una aplicación exclusivamente individual puede ser cuestionable por no recoger el consenso real entre los integrantes del grupo. A su vez una respuesta grupal es vulnerable ante la conformidad, la deseabilidad social y en particular el pensamiento grupal.

El análisis de las características psicométricas del primer instrumento ha arrojado resultados muy positivos. La fiabilidad de la escala es muy alta (0.85) y el análisis de fiabilidad que se aplicó sobre cada una de las versiones del instrumento obtuvo en todos los casos valores iguales o superiores a ese. En este sentido, se puede decir el instrumento ha tenido un comportamiento estable. Por otra parte, los resultados del AFE de segundo orden sugieren que posee una estructura unidimensional. Según Morales (2011) y Martínez Arias et al. (2006) este tipo de análisis permiten obtener la estructura subyacente de los factores. Esto nos parece una ventaja puesto que permite suponer que estamos evaluando un constructo unitario. Un buen nivel de unidimensionalidad es deseable en cualquier instrumento, aunque se requieren más estudios para corroborarlo.

Analizaremos esta unidimensionalidad en relación con los dos instrumentos más utilizados para medir clima social: el GES de Moos (1986) y el Group Climate Questionnaire de MacKenzie (1981, 1983), en su versión breve (GCQ-S).

Hartsough y Davis (1986) examinaron el GES en una muestra de estudiantes universitarios y encontraron cuatro factores para este instrumento, a diferencia de las tres dimensiones generales que, según Moos (1986), agruparían las diez dimensiones base. Por otra parte, aunque el GES tiene una fiabilidad robusta en diferentes investigaciones, según Hartsough y Davis (1986) no ha mostrado una estructura factorial consistente con la propuesta por Moos, posiblemente por ser utilizada en diferentes muestras. Luego, a veces se ha encontrado unidimensionalidad para este instrumento y otras veces no.

En el caso del GCQ-S, que según McClendon y Burlingame (2011) es incluso más utilizado que el GES, la situación es todavía más preocupante, puesto que se han encontrado diversos problemas con la fiabilidad de una de sus tres sub-escalas: *Evitación*. Johnson et al. (2005) obtuvieron una inaceptable consistencia interna de 0.36, y en consecuencia una baja relación con las otras dos sub-escalas. No resulta sorprendente que la estructura factorial de esta escala no haya recibido apoyo empírico consistente, puesto que en otros estudios ha quedado conformada sólo por dos factores, desapareciendo el factor de *Evitación* (Hurley & Brooks, 1987, 1988; Johnson et al., 2005, 2006). De hecho, Burlingame et al. (2006) recomiendan no interpretar esta última escala. Desde luego, esta es una limitación bastante seria, puesto que dejar sin interpretar una escala en un instrumento de sólo 12 ítems es perder bastante información, además de las consecuencias de que una sub-escala tenga baja consistencia. Ahora bien, puesto que precisamente tiene tan pocos ítems, no es fácil mantener una fiabilidad elevada en diferentes aplicaciones. Sin embargo, esa misma brevedad parece ser tentadora para los investigadores de clima social, dada la popularidad de su uso.

Nuestro primer instrumento parece tener un buen equilibrio entre longitud, fiabilidad y dimensionalidad. Consideramos que no sería útil, para la retroalimentación cotidiana de los grupos, un instrumento tal extenso como el GES, y por otra parte, utilizar un instrumento tan breve como el GCS-S parece arriesgado en términos de fiabilidad total y consistencia interna de las sub-escalas. Desde luego hemos tenido en cuenta, como ya

hemos descrito previamente, otras importantes consideraciones relativas al contenido de los ítems para descartar ambos instrumentos.

Es necesario tener presente que unidimensionalidad no es sinónimo de simplicidad conceptual, puesto que es lógico suponer que existen distintos niveles de complejidad en un constructo (Morales, 2006; Martínez Arias, 1995). De hecho, Morales (2011b) advierte que la unidimensionalidad no debe ser considerada como una dicotomía de presencia- ausencia en sentido estricto, puesto que un instrumento puede ser claramente unidimensional y sin embargo, tener factores evidentes y que enriquecen la explicación. Consideramos que esto es aplicable a nuestro caso, especialmente si tenemos en cuenta que todos los instrumentos más utilizados para medir clima social o cohesión referidos por Burlingame et al. (2011b) presentan dimensiones o factores. Precisamente esto es lo que permitiría examinar con mayor profundidad algunos aspectos del clima social, cobrando particular sentido cuando se quiere comprender el aspecto dinámico del mismo de acuerdo a la definición que hemos propuesto, en la que se destaca la relación activa de la persona con el grupo.

Es de señalar que los cinco factores de primer orden que aparecen en el AFE, son estables en los diferentes modelos que se probaron antes de elegir el modelo factorial presentado. Además, incluso si se elimina completamente todo el factor dos, el resto de los factores mantienen su estabilidad. Esta claridad en la estructura de los AFE de primer orden nos proporciona mayor apoyo para explorar las relaciones de los factores entre sí, y entre estos y el segundo instrumento, así como las diferencias que pueden producirse según las variables demográficas y el tiempo de permanencia.

El hecho de que la fiabilidad de este primer instrumento sea tan alta, puesto que supera 0.8 ampliamente, es un indicio de unidimensionalidad, aunque no la garantiza (Morales, 2006). Por otra parte, Cattell (1964) previene contra una búsqueda de una fiabilidad muy elevada, puesto que considera que eso puede estar indicando que las puntuaciones en el instrumento son extremas y se pierde el rango medio del continuo. Luego, la

fiabilidad debe ser compatible con otros criterios psicométricos y especialmente con la teoría que sustenta el instrumento.

Las sub-escalas que es posible distinguir en el primer instrumento presentan una fiabilidad variada, pero aceptable. El primer factor, *cohesión y liderazgo*, casi posee la misma fiabilidad que el instrumento total, lo que de acuerdo a Cronbach (1951) es también un indicio de unidimensionalidad. Todas las sub-escalas poseen una fiabilidad mayor de 0.6, que es el mínimo para ser útiles con fines de consultoría a grupos, que es la finalidad principal del presente instrumento (Morales, 2007). Además, tres de las cinco sub-escalas poseen una fiabilidad mayor de 0.7 que es un mínimo más exigente (Nunnally, 1987). No es sorprendente que sean las escalas con menos ítems las que presenten menor fiabilidad, puesto que es bastante conocida la sensibilidad del coeficiente  $\alpha$  a la longitud del instrumento.

En cualquier caso, nuestra intención original era aplicar todo el instrumento en su conjunto, puesto que es esto lo que permitiría el análisis de la dinámica que está expresada en nuestra definición de clima social. Además, los resultados indican que la escala es unidimensional, lo que apoya aun más si cabe la aplicación de todo el instrumento.

La forma en que se han definido los factores es interesante, toda vez que uno de nuestros objetivos era combinar las dimensiones clásicas de clima social descritas por Moos (1986) con la diferencia entre los estilos de redacción (aportar, recibir y visión) general. El resultado ha sido que los tres últimos factores agrupan los ítems de forma que incluyen ítems de uno sólo de estos estilos. De esta manera, el factor tres, *Valoración general del grupo*, integra ítems que abordan la visión general; el factor cuatro, *Espacio de calidez*, incluye exclusivamente ítems que se refieren a recibir algo del grupo; y finalmente el factor cinco, *Aportación al grupo*, únicamente incluye ítems que se refieren a aportar algo al grupo. Los otros dos factores incluyen ítems de los tres estilos.

Queremos recordar que nuestro primer instrumento intencionalmente no fue desarrollado con igual cantidad de ítems de valencia positiva y negativa, por las características de la población objetivo. La escolaridad baja de la población objetivo requiere un instrumento de fácil comprensión, puesto que debe ser un instrumento fácil de aplicar cotidianamente. Entonces, priorizamos la comprensibilidad antes que el equilibrio psicométrico de los ítems, que en cualquier caso no es un requisito imprescindible. Además existió otra razón, no menos importante, que es la complejidad del constructo que queremos abordar. Cattell y Tsujioka (1964) consideran que no tiene sentido utilizar ítems muy parecidos para alcanzar homogeneidad, puesto que el constructo medido finalmente puede ser demasiado simple. Luego nosotros consideramos que repetir las preguntas en ambas valencias alargaba demasiado el instrumento y, puesto que expresamente queríamos un instrumento breve, eso nos obligaba a abordar menos dimensiones de las que resultaban relevantes de acuerdo a nuestro marco teórico. Entonces, preferimos abarcar variedad temática antes que centrarnos en pares de ítems opuestos.

El hecho de que uno de nuestros factores haya agrupado todas las preguntas negativas no es una excepción en la construcción de instrumentos (Martínez Arias, 1995; Martínez Arias et al., 2006; Morales, 2006; Morales, 2011b). Esto parece ser bastante frecuente. Ahora bien, Nunnally y Bernstein (1995) consideran que ello puede deberse a que los ítems se agrupan de acuerdo a su dificultad. Entonces es lógico suponer que los ítems negativos, que en general son más difíciles de comprender, se agrupen. Por otra parte, el hecho de que se agrupen por un “artefacto estadístico” no quiere decir que los ítems no se incorporen realmente en las otras dimensiones, sino simplemente que eso no se refleja en el análisis factorial. Un ejemplo muy conocido al respecto es el Test de Rosenberg, que en los análisis factoriales siempre aparece dividido en dos factores, cuando realmente evalúa un único constructo (Morales, 2006). Entonces esto no representa un problema *per se*.

En cualquier caso, hemos realizado un análisis de aquiescencia para ser más exigentes con nuestro instrumento, si bien no es un análisis que aparezca frecuentemente en la literatura y según Morales (1988) este tipo de análisis ha recibido una atención

decreciente. Es necesario considerar que nuestro primer instrumento no cumple la equivalencia de ítems positivos y negativos, ni tampoco la oposición lógica entre ítems, por las razones antes señaladas, y esto limita la calidad del análisis que puede realizarse. Tras el análisis, la fiabilidad de los pares de ítems seleccionados al considerar las puntuaciones directas (sin invertir), esta en el límite de lo tolerable. Por tanto, los resultados no son concluyentes respecto a la presencia de aquiescencia, por lo que es recomendable seguirla examinando en nuevos estudios.

Morales (1988) considera que el problema de la valencia de los ítems más que afectar la unidimensionalidad conceptual tiende a afectar en general a la unidimensionalidad “de hecho” de las escalas y sub-escalas. Este autor cita el riguroso estudio de Schuessler (1982) el que a pesar de ser un ejemplo de rigor metodológico, no logra escapar de este problema. Finalmente, Schuessler (1982), al considerar su intención de construir una escala con sub-escalas breves unidimensionales versus el riesgo de la aquiescencia, opta por lo primero, conservando únicamente los ítems de valencia positiva en su instrumento. Nosotros no quisimos eliminar los ítems de valencia negativa, puesto que tal y como señalan Morales (1988; 2007) y Nunnally (1987) la presencia de preguntas de valencia negativa disminuye la probabilidad de que se genere aquiescencia, lo que a nosotros nos parece más valioso. Además, puesto que la unidimensionalidad esta latente en nuestro primer instrumento, no requerimos eliminar los ítems de valencia negativa para garantizarla. En este sentido, a diferencia de Schuessler (1982) estamos optando por evitar dentro de lo posible la aquiescencia. Morales (1988) recomienda que incluso aunque no se utilicen como datos a analizar, incluir las preguntas de valencia negativa. Esto permite que los sujetos, al reconocer la presencia de algunos ítems en una dirección contraria, presten más atención al resto de los reactivos. Adicionalmente, existen otros elementos que pueden estar causando estas respuestas y que son igualmente importantes de considerar, entre los que se encuentra la deseabilidad social, que puede hacer más difícil criticar el funcionamiento del grupo en este caso.

Considerando todo lo anterior, es posible en futuras investigaciones buscar ítems que manteniendo una formulación de valencia negativa, puedan ser incorporados a los componentes uno, tres, cuatro y cinco. Esto permitiría dos cosas que podrían fortalecer

el instrumento: disminuir la probabilidad de que se presente la aquiescencia en las respuestas y mejorar la consistencia interna de cada sub-escala. Sin embargo, preferimos tener una clara estructura factorial de primer orden y un instrumento breve, en lugar de que alargar nuestro primer instrumento para incluir ítems de pares de estricta oposición. Además, la unidimensionalidad latente de nuestro instrumento relativiza la necesidad de mejorar la consistencia interna de cada sub-escala.

Un último aspecto a considerar es que hemos encontrado una interpretación razonable del factor dos, lo que no es menor, puesto que es un punto a favor de la estructura factorial obtenida en el AFE de primer orden.

### **Cohesión social y cohesión de tarea en grupos de autoayuda.**

Un aspecto que se ha manifestado con bastante claridad es la dificultad de distinguir entre cohesión de tarea y cohesión social. En este sentido, debe tenerse presente que la dificultad de distinguir ambas es mayor que en otros tipos de grupo por las características propias de los grupos de autoayuda. La diferencia más clara es con los equipos de trabajo, puesto que en ellos la tarea es externa a la relación misma de los miembros. En el caso de los grupos psicoterapéuticos la diferencia es menor, si bien dichos grupos tienen una estructura mucho más definida y se puede evaluar el cumplimiento de ciertas tareas entre una sesión y otra. En cambio, en los grupos de autoayuda, en general, la “tarea” es conversar sobre los problemas personales con el grupo y escuchar a los otros miembros. Dicho de otra forma, la relación con el grupo en sí misma es la tarea. Desde luego debemos matizar esta afirmación, puesto que no basta con relacionarse de cualquier manera, lo que podría suceder si solo prestásemos atención a la cohesión social, sino que es necesario intercambiar experiencias sobre los problemas que se tienen. Sin embargo, ambos tipos de cohesión nos parecen más cercanas que en otros tipos de grupos.

Uno de los aspectos que ha dificultado diferenciar ambos tipos de cohesión es el lugar que deberían ocupar las variables que hacen alusión al respeto en las relaciones del



grupo. Considerar el respeto como parte de la cohesión de tarea o la cohesión social, va más allá de las características propias de los grupos de autoayuda, las que puedan hacer más difícil distinguir entre ambas. De esta manera, el ítem 34: “Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo”, al llevarlo al contexto de equipos de trabajo podría quedar como “Siento que se respeta mi opinión en las reuniones de equipo”. En este último contexto, parece implícito que lo que se respeta es la opinión sobre un aspecto de la tarea y no de las relaciones personales entre los miembros. Sin embargo, no puede descartarse esa alternativa, puesto que establecer la diferencia específica en el ítem sería, por ejemplo, “Siento que se respeta mi opinión sobre los proyectos o metas en las reuniones de grupo”. Esto último además de alargar el reactivo, requeriría probablemente plantear un ítem de respeto enfocado a las relaciones personales, si es que nos interesa conocer el papel de respeto dentro de la cohesión social en equipos de trabajo. En cualquier caso, parece extraño que se respetase la opinión sobre la tarea del equipo, pero no se respetase la relación a nivel personal. Aunque lo contrario es quizás posible, es decir, que se respete la relación a nivel personal, pero no la opinión sobre la tarea.

En todo caso, no nos parece necesario especificar los ítems tanto como para distinguir entre ambos tipos de cohesión dentro de los grupos de autoayuda, suponiendo incluso que esto fuese posible, puesto que requeriría alargar los ítems o aumentar la cantidad de los mismos y esto no aportaría nada relevante para este tipo de grupos.

### **Instrumento de respuesta grupal.**

La fiabilidad de éste instrumento es de 0.77 que es bastante alta, pese a su breve extensión. El AFE arrojó un único factor para este instrumento, por lo que también sería unidimensional. Estas características psicométricas permiten decir que es un instrumento útil.

Ahora bien, consideramos que en futuro podría plantearse remplazar el ítem 7: “El coordinador de grupo ha realizado bien su labor” por otro que refleje mejor la calidad

dinámica. Éste ítem sólo está valorando el rol del coordinador y además consideramos que es particularmente susceptible a la deseabilidad social, puesto que valorar negativamente al coordinador es más difícil que valorar negativamente al grupo, al ser algo más personalizado. Una alternativa para remplazar este ítem, o para ser agregada con intención de comprobar si puede remplazarlo, sería: “Hemos colaborado activamente con el coordinador de grupo para generar un ambiente óptimo”. No obstante, este ítem cambiaría el sentido de la relación de líder-grupo a grupo-líder. Lo que podría ser una ventaja, puesto que la relación grupo-líder ha sido desatendida en la literatura.

Sería posible cambiar la redacción de otros ítems, para brindarle un rol más activo a los miembros del grupo en su conjunto, aunque no es claro que esto necesariamente mejore el instrumento. Por ejemplo, el ítem 5: “Se ha dado un espacio cómodo para expresar lo que nos sucede” podría ser reformulado como “Hemos generado un espacio cómodo para expresar lo que nos sucede”. Consideramos que ésta posibilidad debe tenerse en cuenta en el futuro, analizando tanto el efecto en el segundo instrumento como en la relación de éste con el primer instrumento.

La ventaja que consideramos más destacable de éste segundo instrumento es que ofrece la posibilidad real de buscar el consenso entre los participantes del grupo sobre el funcionamiento que se ha generado en la sesión.

Un aspecto importante del instrumento grupal es ser, hasta donde sabemos, pionero en presentar un análisis factorial sobre un instrumento de respuesta colectiva, al menos dentro del campo del clima social y la cohesión.

### **Relación entre ambos instrumentos.**

La relación entre ambos instrumentos a partir de sus puntajes totales es significativa, tanto si se considera el nivel de análisis individual como el nivel de análisis grupal

(media del grupo) del primer instrumento. Esto apoyaría el hecho de que ambos instrumentos miden lo mismo. Ahora bien, no era esperable que la correlación fuese demasiado elevada puesto que como señala Lewin (1951/1988, p. 42): “El todo no es “más” que la suma de sus partes, sino que tiene diferentes propiedades”. Luego, el todo tampoco es igual al “promedio” de sus partes, por lo que no era razonable buscar equivalencia exacta entre las puntuaciones individuales y la respuesta grupal de consenso, incluso si los ítems hubiesen sido exactamente los mismos en ambos instrumentos. Por tanto, es preciso señalar que no se esperaría una coincidencia perfecta entre ambas respuestas, aunque los instrumentos fuesen los más adecuados. Existen varias razones para ello. Primero, la influencia social se espera que ejerza algún efecto sobre la respuesta grupal. Segundo, la posibilidad de buscar el consenso puede hacer que las personas modifiquen sus percepciones sobre el funcionamiento del grupo. De hecho, si no se modificasen en absoluto deberíamos suponer que en sí mismo el proceso de consenso ha fallado. La posibilidad de crecer a través del dialogo (y con ello modificar las percepciones individuales) no es algo realmente nuevo y tampoco es algo que previsiblemente pueda perder actualidad o pasar de moda.

### **Diferencia entre aportar y recibir.**

La definición que hemos propuesto de clima social exige prestar atención a la diferencia entre *aportar* y *recibir* (A-R), puesto que es el indicador más novedoso que puede obtenerse a partir de los resultados del instrumento individual, por lo que pasaremos a analizarla a continuación.

Si analizamos las diferencias en las respuestas a los ítems con diferentes estilos de redacción (*aportar*, *recibir*, *visión general*) en el primer instrumento, podemos observar que cuando se desglosa por factores se puede encontrar relaciones interesantes. En particular, si consideramos la diferencia entre *aportar* y *recibir* (A-R), se obtiene que aquellas personas que perciben que aportan más de lo que reciben del grupo consideran que las *Dificultades del trabajo en el grupo* son mayores. Ahora, bien, esto no significa que estas personas perciban un clima general peor, puesto que su *Valoración general del grupo* es significativamente mayor. Además, considerando el nivel grupal de éste

instrumento, si el promedio del grupo indica que sus participantes perciben que aportan más de lo que reciben, las puntuaciones totales del grupo son significativamente mayores. No obstante, ambos datos están obtenidos del mismo instrumento, es decir, algunos de los ítems se incluyen tanto en la puntuación de determinado estilo de redacción como en la puntuación total de clima social, lo que puede ser considerado una limitación.

Lo anterior hace necesario considerar el segundo instrumento, donde encontramos que el ítem que mide *Manejo de conflicto* tiene un comportamiento similar. Es decir, a medida que las personas perciben que aportan más de lo que reciben del grupo en el primer instrumento, su percepción grupal del *Manejo del conflicto* es menor. Es más, de hecho *Manejo de conflicto* tiene una relación negativa con el factor de *Aportación al grupo* del instrumento individual. Esto confirma lo encontrado en el primer instrumento, pero tiene la ventaja de obtenerse a partir de instrumentos diferentes (entonces los ítems no se repiten en el análisis). Se pueden dar dos explicaciones no excluyentes para este resultado. Primero, es posible que las personas decidan adoptar un rol más activo en el grupo cuando perciben que éste no maneja los conflictos de manera adecuada. Segundo, es posible que las personas que perciben que aportan más al grupo sean más críticas con el funcionamiento de éste.

Esta relación sugiere la utilidad de complementar la información de ambos instrumentos, de respuesta individual y de consenso grupal. Si nos quedásemos sólo con la percepción del manejo grupal del conflicto podríamos suponer que las personas perciben estar aportando menos, cuando no es así. Por otra parte, si nos quedásemos sólo con la información de que las personas perciben aportar más de lo que reciben al grupo, podríamos suponer que perciben que el manejo grupal del conflicto es mejor, cuando tampoco es así.

Un matiz que es necesario tener en cuenta, es la diferencia entre la dimensión *Dificultades en el trabajo de grupo* del instrumento individual y la dimensión *Manejo del conflicto* del instrumento grupal. Ambas no correlacionan estadísticamente. No

obstante, podríamos suponer que *Dificultades en el trabajo de grupo* es un concepto más amplio, puesto que incluye ítems que se refieren más a disposiciones de la persona, como el ítem 15 (“Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo”) o el 37 (“Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo”), si bien otros ítems como el 14 (“El ambiente en el grupo es tenso y hostil”) o el 35 (“Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.”) abordan más directamente el aspecto del conflicto. En este sentido, las dificultades no se refieren sólo a la presencia de conflicto grupal, sino a las propias dificultades de la persona para participar del grupo. En cambio, el ítem 4 del instrumento grupal pregunta directamente por el manejo del conflicto, y además, al ser de respuesta colectiva enfoca la respuesta específicamente sobre la dificultad a nivel de la interacción grupal.

La relación entre ambos instrumentos a partir de sus puntuaciones totales es significativa, tanto si se considera el nivel de análisis individual como el nivel de análisis grupal (media del grupo). Esto apoyaría el hecho de que ambos instrumentos miden lo mismo. Como hemos mencionado era difícil establecer los ítems del instrumento grupal *a priori*, puesto que cada uno debía representar una dimensión diferente, sin conocer las dimensiones finales del instrumento de respuesta individual.

Si bien consideramos que ambos niveles de análisis del primer instrumento son útiles, es claro que el nivel de análisis grupal (media de grupo) es el más indicado para compararlo con el instrumento grupal. Un ejemplo de ello es el análisis de los factores del primer instrumento respecto a la puntuación del instrumento grupal. Cuando se analiza a nivel individual (promedio de cada participante) sólo dos factores aparecen con una correlación significativa (*Dificultades en el trabajo de grupo* y *Valoración general del grupo*). En cambio, si se analiza a nivel grupal (media del grupo) son cuatro los factores que se correlacionan significativamente, todos excepto el factor *Aportación al grupo*.

Una explicación de este resultado podría ser el diferente el estilo de redacción que tienen los ítems, puesto que en el instrumento grupal el estilo de redacción es sólo el general. En el factor *Aportación al grupo* el estilo de redacción es *aportar*. No obstante, eso no explicaría por qué el factor *Espacio de calidez* (que tiene todos sus ítems en estilo *recibir*) no queda excluido, si bien esto se matiza al considerar que a nivel individual la relación entre el factor *Espacio de calidez*, y la puntuación del instrumento grupal no es significativa, lo que si se produce al utilizar el nivel de análisis grupal.

Una posibilidad es que el estilo de redacción *recibir* sea más difícil de diferenciar de un estilo de redacción general, especialmente si el ítem está redactado en plural (lo que es una diferencia adicional que considerar: yo v/s nosotros), como por ejemplo el ítem grupal 5 (“Se ha dado un espacio cómodo para expresar lo que nos sucede”), que necesariamente incluye al participante en lo que se recibe, por lo que no podría considerarse exclusivamente como de redacción general. Considerando que tres de los siete ítems tienen este estilo general en plural, esto puede incidir en la relación. Sería necesario explorar en investigaciones futuras que sucedería si todos los ítems del instrumento grupal tuviesen esta redacción plural. En cualquier caso, el segundo instrumento no contiene ningún ítem formulado expresamente en términos de *aportar*, aunque podría considerarse que el ítem 2 es similar (“Nos hemos concentrado adecuadamente en trabajar sobre nuestros problemas”). En consecuencia, sería interesante estudiar que sucede si resaltamos la participación activa de las personas en las preguntas del instrumento grupal, trasformando por ejemplo el ítem 1: “El ambiente del grupo ha sido cálido y acogedor” a “Hemos generado un ambiente cálido y acogedor”. El único ítem que no es susceptible de esa transformación es el 7, puesto que pregunta por el líder de grupo. Aunque podría sustituirse por “Hemos apoyado al líder para realizar adecuadamente su labor”.

La diferencia entre *aportar* y *recibir* en el primer instrumento muestra también una correlación negativa con el *Autodescubrimiento* del instrumento grupal (ítem 3). Una explicación coherente sería que cuando las personas perciben que se han dedicado más a aportar al grupo, dejan menos espacio para elaborar lo que a ellas mismas les sucede. No obstante, es necesario tener presente que este ítem está redactado en plural (“El

trabajo del grupo ha permitido mejorar la comprensión de nosotros mismos”) lo que ofrece al menos dos explicaciones alternativas. La primera es que los participantes la han interpretado como una pregunta individual (“El trabajo del grupo me ha permitido mejorar la comprensión de mi mismo”), en cuyo caso la primera explicación que ofrecemos seguiría siendo válida. La otra posibilidad es que hayan interpretado la pregunta en el sentido grupal, pero hayan sido críticos con el grupo (“Hemos trabajado en eso, pero no de la mejor manera”). Esta segunda explicación también ofrece cierta coherencia, puesto que está en línea con el sentido crítico que hemos descrito anteriormente de las personas que sienten que aportan más de lo que reciben respecto al *Manejo del conflicto*. No hemos encontrado una alternativa mejor para hacer esta pregunta, puesto que evidentemente no corresponde hacerla a nivel personal si estamos pidiendo una respuesta de consenso, y además, preferimos incluir al participante como sujeto de la acción, y no excluirlo de ella (p.e. “El trabajo del grupo ha permitido a los miembros del grupo mejorar la comprensión de ellos mismos”). No obstante, en un futuro podría estudiarse que diferencia produciría un cambio en la redacción.

La relación entre la puntuación total del instrumento de respuesta grupal y los estilos de redacción del primer instrumento, es significativa con *visión general*, a nivel individual, como es de esperarse puesto que comparten el estilo de redacción. Secundariamente existe una correlación moderadamente significativa con el estilo de redacción *recibir*, pero no con *aportar*.

Es reseñable que tanto el primer instrumento como la combinación de ambos instrumentos hacen posible obtener una información inmediata del clima social que permite contrastar empíricamente, al menos en parte, el *Principio terapéutico del ayudador*. Técnicamente, sería imposible demostrar en el instrumento que quienes perciben que aportan más de lo que reciben son quienes más se benefician, si entendemos beneficiarse como percibir que se recibe más del grupo. Es una imposibilidad lógica. Ahora bien, si entendemos por beneficiarse el percibir un mejor clima social grupal, si sería factible contrastar la hipótesis. De hecho, los datos apoyan esta hipótesis.

Podría pensarse que quienes perciben un mejor clima social en el grupo estarán más dispuestos a quedarse aunque comprobarlo requeriría un estudio longitudinal, que es precisamente lo que muy recientemente han comprobado Rice y Tonigan (2012) en grupos de autoayuda. Si bien ésta es una de las primeras investigaciones que abordó dicha relación en estos grupos, por lo que se requerirían más estudios. De todas formas, permanecer en el grupo todavía sería una forma bastante limitada de considerar el beneficio. No obstante, si entendemos beneficiarse en un sentido más clásico, tendríamos que recurrir, dentro de un estudio longitudinal, a algunos indicadores de síntomas, funcionamiento psicosocial o funcionamiento familiar, entre otros. Los más relevantes para el PEM están de hecho considerados en nuestra propuesta de evaluación, como analizaremos más adelante. Por ende, eso abre múltiples posibilidades de investigación.

Puesto que la relación entre asistencia y abstinencia esta bien establecida, es necesario estudiar más la relación entre clima y asistencia (o más ampliamente participación). No obstante, la abstinencia no agota los beneficios que es posible obtener del grupo, por lo que es preciso tener en cuenta también otros indicadores.

Una posible ventaja de medir la diferencia A-R a través de nuestros instrumentos, es que esta diferencia no se obtiene de una interpelación directa a los participantes (p.e. “Siento que apporto más de lo que recibo del grupo”) sino de un conjunto de ítems. Esto disminuye las probabilidades de que la respuesta fuese directamente afectada por la deseabilidad social o el auto-enaltecimiento.

Nuestro interés al construir el instrumento ha sido que fuese lo suficientemente específico como para aplicarse en el PEM. Como hemos señalado no existía tampoco un instrumento especial para grupos de autoayuda. Por ello, también procuramos que el instrumento fuese en lo posible suficientemente abierto como para aplicarse a otros grupos de autoayuda. Entonces ¿Es útil para evaluar otros grupos de autoayuda? Considerando la gran cantidad de elementos que comparten los grupos de autoayuda entre sí, es razonable suponer que si lo sea. Además los ítems no abordan aspectos



exclusivos del PEM. El único ítem del instrumento de respuesta individual que quizás sea preciso descartar es el 25 (“Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo”) en aquellos grupos que no permitan la participación de las familias, sin embargo excluir un ítem no reduciría sensiblemente la fiabilidad de la escala (0.84). Las características de ambos instrumentos permitirían su aplicación a grupos de autoayuda más allá del espectro de las adicciones, lo que amplía bastante su potencial de generalización.

El siguiente nivel de generalización a considerar son los grupos de apoyo, grupos de crecimiento personal (grupos T) y grupos de *counseling*, que probablemente también podrían ser utilizar estos instrumentos. Si bien se requeriría un análisis contextual en cada caso, en principio no encontramos mayores inconvenientes.

Un aspecto a considerar en cualquier aplicación a otros grupos que no sean de autoayuda, es que el instrumento de respuesta individual no contiene preguntas relativas a la dimensión *Organización*, puesto que fueron eliminadas en el proceso de selección. Aunque el instrumento grupal si contiene un ítem al respecto, es bastante probable que tanto grupos de psicoterapia como equipos de trabajo requieran ampliar el cuestionario para valorar esa dimensión.

Si consideramos la aplicación a grupos de psicoterapia, es necesario tener presente que esperaríamos que los instrumentos mostraran una dinámica diferente. Esto debido a los grupos de psicoterapia asignan un rol menos activo a los usuarios y un mayor rol al psicoterapeuta. Por ello, ítems como el 12 (“Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.”) pueden ser relativamente menos útiles. Por otra parte, el ítem 36 (“Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.”) claramente es poco aplicable a este tipo de grupos. Esto resalta la especificidad del instrumento, necesaria para abordar los grupos de autoayuda. Con todo, al menos la mitad de los ítems de nuestros instrumentos pueden servir como base para una versión adaptada a este tipo de grupos.

Es posible plantearse también, si en los grupos psicoterapéuticos las personas que perciben aportar más de lo que reciben, podrán evaluar el clima general más positivamente que el resto, como en nuestro caso. Puesto que su participación activa en dichos grupos es mucho más controlada por el líder (psicoterapeuta). Es decir, puede que las personas no intervengan tanto como quisiesen y esto genere un efecto diferente en su valoración del clima social del grupo. Sería una hipótesis interesante de explorar. Por otra parte, la clara delimitación temporal abre la posibilidad de que se generen *ciclos de clima* dentro de los grupos, lo que también sería importante de profundizar en el futuro. MacKenzie (1983) ha sugerido esa posibilidad (p.e. *compromiso*: alto-bajo-alto), pero no existen datos consistentes que lo avalen con los instrumentos utilizados hasta el momento. Quizás la diferencia A-R tenga un comportamiento cíclico en los grupos psicoterapéuticos, donde sería más fácil de investigar (dentro de un marco temporal limitado). Ahora bien, más allá de posibles evoluciones cíclicas de los procesos grupales, es interesante considerar la estabilidad de la diferencia A-R. Puede ser que exista diferencia entre aquellas personas que perciben A-R de forma estable y quienes no, aunque no se expresen como *ciclos de clima*.

Es posible considerar la aplicabilidad de nuestros instrumentos en el área de los equipos de trabajo. La mayoría de los ítems son fácilmente transformables al contexto laboral, remplazando el sentido de “trabajar en nuestros problemas” por “trabajar en nuestras metas”. Aunque esta transformación no quiere decir que el instrumento abarque el espectro de ítems más relevantes para ese ámbito, y sin duda requeriría una minuciosa validación, porque puede ser que psicométricamente tenga un comportamiento muy distinto. No obstante, consideramos que ofrece una base razonable sobre la que construir un instrumento que permita captar la interacción entre lo que se percibe que se aporta y lo que se percibe recibir.

En equipos de trabajo quizás podríamos contrastar la hipótesis de que quien más percibe esta diferencia A-R es más productivo, o que a la larga es quien más beneficios (reales o percibidos) obtiene de su trabajo. No obstante, es posible que quien más perciba esa diferencia sea más crítico con su grupo, luego habría que discriminar si eso es favorable o no para las relaciones de equipo. También es posible que exista un punto óptimo para

esa diferencia A-R. Si bien conocer esto puede requerir un instrumento muy sensible. Por otra parte, la delimitación temporal más clara de los equipos de trabajo ofrece mayores posibilidades de controlar variables a la hora de realizar investigaciones. En esta área, un aspecto diferente a todos los grupos antes considerados sería el momento de aplicación, puesto que los equipos de trabajo pueden reunirse más de una vez por semana, y no sería razonable aplicar el instrumento si existe una frecuencia elevada de reuniones.

Lo que hemos dicho sobre la posible existencia de ciclos de clima social y la estabilidad respecto a los grupos psicoterapéuticos, es también una idea interesante de explorar en los equipos de trabajo.

Una ventaja que tienen los escenarios clínicos y laborales para aplicar nuestros instrumentos (en versiones adaptadas), es que cuentan con las condiciones necesarias para realizar estudios longitudinales (delimitación temporal y estabilidad de sus miembros), a diferencia de los grupos de autoayuda en los que por sus características no se cuenta con métodos estadísticos para poder llevarlos a cabo. Profundizaremos en este problema más adelante.

### **La dimensión de *Organización*.**

Al especificar el análisis, considerando la relación entre cada uno de los ítems del instrumento grupal con los componentes del instrumento de respuesta individual, obtuvimos una serie de relaciones lógicas, en las que todos los componentes se asocian a uno o más ítems, como hemos detallado. Parece ser que este tipo de análisis permite que se expliciten las diferencias entre los ítems del instrumento grupal, lo que no era evidente al estar todos dentro de un único componente factorial. El único ítem que permanece al margen de este análisis es el seis, lo que es perfectamente explicable puesto que la mayoría de las preguntas referidas a *Organización* en el instrumento individual quedaron fuera en el proceso de selección de ítems. La excepción es el ítem 33, que terminó agrupado dentro del factor tres, *Valoración general del grupo*. Ahora

bien, consideramos que es necesario mantener el ítem 6 del instrumento grupal, no sólo porque es clave para mantener la fiabilidad del instrumento, sino que también porque proporciona una información valiosa de retroalimentación al grupo, siendo el ítem que mayor variabilidad obtiene ( $SD = 0.88$ ). Esto sugiere que éste ítem puede ser un aporte importante a la reflexión que supuestamente debe acompañar el consenso grupal. Las normas del grupo, a las que se refiere este ítem, son posiblemente más fáciles de valorar objetivamente. Por ejemplo, es difícil decir que se respeta al máximo las normas del grupo si la mitad del grupo llega más de 20 minutos tarde.

La relación que se establece entre el ítem grupal 6 (*Organización*) con el instrumento de respuesta individual es particularmente interesante. Ya hemos dicho que el instrumento individual prácticamente no tiene ítems que evalúen organización. Por otra parte, los grupos de autoayuda se caracterizan por tener cierto grado de informalidad. En línea con este aspecto teórico, encontramos una correlación negativa entre *Organización* del segundo instrumento y el factor *Aportación al grupo* del primer instrumento, si se considera a nivel grupal. Ahora bien, si precisamos el contenido del ítem 6 (“Se han respetado las normas del grupo”) podemos observar que lo central de este reactivo es el respeto a las reglas. Entonces, podríamos decir que a medida que los participantes perciben un mayor respeto a las reglas del grupo, menor va a ser la aportación que ellos perciban que realizan. Dicho de otra manera, los participantes parecen requerir cierto grado de informalidad para volverse más activos (o para percibirse más activos). Ahora bien, esta relación no aparece con todos los ítems del estilo de redacción *aportar*, sino específicamente con los incluidos en el factor cinco (4 de los 6 ítems de ese estilo de redacción). Quizás esto sea un indicador de que estos ítems de *aportar* son los más cercanos a medir el compromiso. Volveremos sobre ello más adelante.

En relación a éste ítem grupal, algunas de las preguntas que es posible plantearse en los grupos de psicoterapia son: ¿Una mayor organización percibida a nivel grupal se relaciona con la aportación que los pacientes perciben realizar (individual o colectivamente) al grupo? o, a diferencia de los grupos de autoayuda, ¿Una mayor organización percibida se relaciona significativamente con lo que los pacientes perciben recibir del grupo?

En el ámbito de los equipos de trabajo, donde podría suponerse una mayor estructura, podríamos plantearnos: ¿Es mejor el clima social cuando se percibe una mayor organización a nivel grupal? ¿La percepción de los miembros del equipo sobre su aportación al grupo es mayor cuando la percepción grupal de organización es también mayor? Podemos aventurar que eso depende del tipo de equipo de trabajo, pero en todo caso son preguntas de investigación válidas. Queremos destacar que lo innovador podría ser la utilización de la combinación de dos instrumentos, enfatizando la percepción grupal por consenso de las dimensiones, y en este caso, de *organización*.

### **Compromiso.**

El factor cinco contiene sólo reactivos redactados en primera persona e incluyen la intención o el sentirse capaz de aportar al grupo. Optamos por denominar a este factor como *Aportación al grupo*, pero puede observarse que parece ser una definición pragmática del compromiso (no son otros en el grupo, es la persona interpelada la que percibe participar activamente).

La importancia del compromiso en el clima social es fundamental. De hecho, utilizando el GCQ-S de MacKenize (1983) muchas investigaciones han encontrado una relación entre compromiso y resultados del proceso terapéutico (Burlingame et al., 2011a; McClendon & Burlingame, 2011). Ahora bien, los ítems de la escala compromiso del GCQ-S están redactados en un estilo general (todos empiezan con: “Los miembros...”). Es posible que los ítems del factor cinco de nuestro primer instrumento sean más sensibles para medir el compromiso, puesto que se centran en la participación activa de la persona. El instrumento de Mackenzie (1983) deja abierta la posibilidad de que la persona responda sobre los niveles de compromiso que ella percibe en el grupo y no de ella específicamente. En tanto el instrumento de Moos (1986) no presenta la dimensión compromiso. En consecuencia, sería necesario prestar especial atención al comportamiento de este factor del primer instrumento en futuras investigaciones. Particularmente porque una característica distintiva de los grupos de autoayuda es la participación activa que se espera en los miembros del grupo, si bien el compromiso es

importante también para los otros tipos de grupo mencionados. Por último, éste es un aspecto esencial de la definición dinámica de clima social que hemos propuesto.

### **La satisfacción con el funcionamiento del grupo.**

La satisfacción, considerada a nivel grupal en el primer instrumento, se relaciona con todos los ítems del segundo instrumento excepto con “*Manejo del conflicto*”. Esto podría deberse a que la satisfacción dependa más del resto de los aspectos del grupo y no tanto de su percepción de cómo el grupo maneja el conflicto. Por otra parte, es posible aventurar que cuando las personas perciban que el conflicto no se está manejando suficientemente bien, decidan intervenir y en consecuencia (ya que ellas se han vuelto más activas en aportar) perciban que el grupo funciona mejor. Como hemos señalado, nuestros datos parecen apoyar esta última relación. No obstante, existe una dificultad para precisar esta posible interacción. No sabemos si la persona percibe que el manejo del conflicto ha mejorado cuando ella decide intervenir, o si a pesar de que interviniese sigue considerando que el manejo del conflicto ha sido deficiente.

Es también plausible que las personas acepten implícitamente que en el grupo va a existir algún grado de conflicto y por tanto, la presencia de éste no afecte *per se* la satisfacción percibida. Después de todo, ellas saben que los miembros se reúnen a hablar de sus problemas. Quizás exista un umbral de tolerancia al conflicto, a partir del cual si afecte a la satisfacción, que sólo puede apreciarse cuando la percepción del manejo del conflicto es más baja que la que hemos obtenido en los grupos.

Con todo, sería interesante abordar en futuras investigaciones la posible condición de “evento desencadenante” del manejo del conflicto sobre la participación activa de los miembros del grupo.

Nuevamente, es posible preguntarse como se diferencian estos resultados de los que podríamos encontrar en grupos de psicoterapia y en equipos de trabajo. En ambas áreas

podríamos preguntar: ¿Existe una relación entre la percepción grupal del manejo del conflicto y la satisfacción percibida individualmente del funcionamiento del grupo? En el caso de la psicoterapia, podríamos plantearnos: ¿Es mejor la percepción individual del clima social cuando se percibe un mejor manejo del conflicto a nivel grupal? Podríamos suponer que el rol más directivo del líder implique que los miembros del grupo le responsabilicen del manejo del conflicto, lo que desde luego podría generar diferencias importantes respecto a lo que hemos encontrado en los grupos de autoayuda.

### **Secuencia de aplicación de los instrumentos**

Seria posible estudiar la secuencia inversa de aplicación, aunque los datos disponibles hasta el momento sobre *influencia grupal* sugieren que la forma en que se han aplicado los instrumentos es la adecuada. Los estudios de Asch (1951, 1956) encontraron que cuando una persona manifiesta su postura en privado o por escrito antes de hacer su opinión pública la conformidad disminuye de forma significativa. Esto podría suponer que el compromiso previo, incluso si es anónimo, dificulta que la persona cambie de opinión (García & Gil, 1999; Falomir, 2004). En especial es esencial evitar el pensamiento grupal en la evaluación. Además de elaborar un procedimiento de aplicación que minimice el riesgo de ello, consideramos que este orden de aplicación permite que los sujetos tomen una postura inicial respecto al clima antes de debatir en grupo. De todas maneras, cambiar el orden de aplicación de los instrumentos puede ser difícil por un aspecto práctico, pedirles a las personas que respondan el instrumento grupal (y conversen entre sí) y luego que respondan cada una por separado a medida que se lee el instrumento es bastante difícil, al menos en ésta población.

Por otra parte, también sería posible transformar todas las preguntas del segundo instrumento a una versión de respuesta individual con 7 ítems. El aplicar ésta nueva versión y luego la versión grupal permitiría dilucidar con mayor precisión las diferencias que son producto del consenso o de la presión grupal (esto es algo todavía difícil de establecer). Sin embargo, pueden presentarse al menos dos inconvenientes. Primero, la confiabilidad con 7 preguntas probablemente no sea tan elevada como la que hemos obtenido en el primer instrumento. Segundo, prácticamente perderíamos la

posibilidad de estudiar la interacción entre aportar y recibir, entre otras. Aunque se puede variar el estilo de redacción, con menos ítems es poco probable encontrar factores en el AFE de primer orden, y además, sería difícil elegir cuales preguntas presentar en un estilo u otro.

### **Variables demográficas y tiempo de permanencia.**

Era de esperar que la participación de las mujeres fuese mayor que la de los hombres, puesto que, hasta donde sabemos, eso es común cuando los grupos permiten la participación de la pareja o la familia. Por el contrario, cuando sólo asisten los usuarios índice las tasas de participación no difieren (Witbrodt & Romelsjo, 2010). Sin embargo, que las puntuaciones en clima social de las mujeres fuesen mayores en todas las comparaciones, fue bastante llamativo. Esto sugiere que las mujeres participan más activamente que los hombres en los grupos de autoayuda, lo que es en cierta medida coherente con lo obtenido por Witbrodt et al. (2012) sobre la mayor permanencia de las mujeres a lo largo del tiempo en estos grupos. Quizás el hecho de que en el proceso de construcción de los instrumentos se eliminasen los ítems que abordaban el tema de la información que se recibe del grupo (en el primer instrumento), limite la sensibilidad del instrumento para captar las puntuaciones en que los hombres podrían, según la literatura, obtener resultados más elevados.

El tiempo de permanencia también arrojó un efecto significativo sobre la puntuación total del clima social, una vez controlada la edad. Parece bastante lógico que llevar más tiempo participando aumente el compromiso de los participantes. No obstante, no es un incremento lineal. Esto sería interesante de estudiar en futuras investigaciones, particularmente porque puede relacionarse con la propuesta de Chacón, Vecina y Dávila (2007) sobre el modelo de las tres fases del voluntariado. En particular, porque los usuarios que llevan más tiempo tienen alta probabilidad de estar comprometidos en las actividades de voluntariado del PEM. Por otra parte, al considerar el promedio grupal del tiempo de permanencia la correlación con la puntuación total de clima social del primer instrumento aumenta. Esto es lógico si se considera que quienes llevan más



tiempo podrían tener más habilidades sociales (o haberlas desarrollado) para crear un clima social mejor en su grupo.

### **Limitaciones generales del presente estudio.**

Nuestra investigación cuenta con varias limitaciones. La limitación general para ambos instrumentos es el tamaño de la muestra que hemos utilizado, puesto que esta en el límite de lo recomendado, que habitualmente son 4-5 sujetos por ítem (Martínez Arias, 1995; Martínez Arias et al., 2006; Morales, 2006; Morales, 2011b). Si bien Nunnally (1987) recomienda un número mayor para obtener datos más sólidos. Según Morales (2011b) se requieren al menos 200 sujetos. Luego aunque cumplimos con los criterios básicos, lo ideal sería poder aplicar el instrumento a una muestra mayor, lo que permitiría examinar mejor ambos instrumentos.

### **Limitaciones específicas respecto del instrumento de respuesta individual**

Este instrumento cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, aunque en el AFE de primer nivel el peso de todos los reactivos en cada uno de los factores de los cuales forman parte es superior a 0.3, que es el peso mínimo recomendado para considerar los ítems como parte de un factor, sería deseable que ese peso fuese mayor. Esto brindaría una estructura factorial más sólida (Nunnally, 1987; Martínez Arias, 1995; Martínez Arias et al., 2006; Morales, 1988). No obstante, sólo cuatro de todos los ítems saturan por debajo de 0.4 (entre 0.31 y 0.37), y ninguno en el mismo factor. Ahora bien, el peso de los ítems en los factores también es sensible al tamaño de la muestra, por tanto, aumentar el tamaño de la muestra probablemente contribuiría a aumentar dicho peso.

La extensión de éste instrumento, a pesar de ser breve, es todavía mejorable. Mientras más breve sea, será también más práctico para todos los fines, de investigación o retroalimentación a los integrantes de los grupos. No obstante, consideramos que 25 ítems es un punto razonable para comenzar.

Otra limitación es el no haber comprobado el efecto que pueda tener el cambiar el tiempo verbal de los ítems, utilizando el tiempo pasado como hacen MacKenzie<sup>50</sup>, por un lado, y Green y Chalip (2004), por otro, en un instrumento aplicado a voluntarios. De esta manera, el ítem 1 pasaría de “Me siento acogido en el grupo multifamiliar” a “Me he sentido acogido hoy en el grupo multifamiliar”. No obstante, es lógico esperar a tener un instrumento bien construido antes de comprobar tal diferencia. El potencial de esta forma de preguntar en pasado para concentrar la atención de los participantes en la sesión que ha tenido lugar y no en otras sesiones anteriores nos parece interesante, puesto que como hemos mencionado repetidas veces lo que nos interesa es el clima social en el momento mismo. Aunque hemos considerado la posibilidad de hacerlo en la presente investigación, decidimos que esto era introducir demasiadas variables, cuando ya teníamos en juego las dimensiones esperadas *a priori* y los estilos de redacción. Por ello, para esta aplicación hemos optado por la forma clásica de redactar los ítems, utilizada en el instrumento de Moos (1986). Por tanto, en futuras investigaciones consideramos necesario estudiar si efectivamente esto puede mejorar la sensibilidad del instrumento.

Con todo, otra limitación relacionada con el tiempo verbal podría ser la diferencia en los tiempos verbales al combinar ambos instrumentos. Si bien las instrucciones de ambos instrumentos especifican claramente que las respuestas son exclusivamente sobre la sesión presente, esto puede haber tenido alguna interferencia.

### **Limitaciones del instrumento grupal.**

La principal limitación es que sus puntuaciones, a pesar de las medidas que se han adoptado para reducirlo, pueden aún estar influidas en alguna medida por la presión y la deseabilidad social. Otra limitación es la cantidad de información que se recoge, que no es tan amplia como la obtenida por el instrumento de respuesta individual.

---

<sup>50</sup> Es preciso tener presente las posibles diferencias de significado entre los tiempos verbales en inglés y español.

Si bien la fiabilidad de este instrumento es buena, ésta por debajo de un deseable 0.8. Por ende, sería importante mejorar este valor. Mediante *la formula de Spearman-Brown* es posible conocer la cantidad de ítems que sería necesario agregar. En este caso, bastaría con aumentar la longitud 1 ítem y se lograría ese nivel de fiabilidad.

Una limitación que consideramos que es posible que se de en este procedimiento de evaluación, es la falta de entrenamiento o experiencia de los usuarios en la evaluación del funcionamiento del grupo por consenso. Es diferente hablar sobre los problemas personales que atreverse a evaluar al grupo. Esto podría aumentar la falta de crítica y la deseabilidad social. Ahora bien, el hecho de realizar evaluaciones periódicas, posiblemente permita a los participantes descubrir que pueden evaluar el grupo de forma más abierta. Esto a su vez podría generar una mayor variabilidad de las respuestas grupales aumentando la fiabilidad. Aunque también podría generar la reacción contraria, es decir, que al generarse algún conflicto en el proceso de consenso los participantes adoptasen una actitud más cerrada para expresar su opinión sobre el funcionamiento del grupo, o prefiriesen adoptar la posición de la mayoría. Quizás esto último se pueda prevenir. Por ello, sería interesante de estudiar en el futuro.

Otro aspecto relacionado con el anterior, es la posibilidad de que al ser evaluados por alguien externo al grupo, algunos grupos hayan reaccionado defensivamente, consciente o inconscientemente, procurando presentar la mejor imagen del grupo. Aunque esto es válido para ambos instrumentos, es probablemente más importante en el instrumento grupal. Si bien, como hemos mencionado, una parte importante de los coordinadores conocía, había visto o había escuchado sobre el evaluador y su colaboración con el PEM, esto no sucedió en todos los grupos. La presentación del evaluador incluyó en todos los casos un resumen de su colaboración con el PEM y una mención a la investigación previa, para minimizar la resistencia y la posible actitud defensiva. Con todo, esto implica que quienes evalúen estos grupos multifamiliares deben tener algún conocimiento básico sobre el PEM e idealmente asistir a alguna sesión previa a la que se efectúe la evaluación con el fin de familiarizarse más adecuadamente, en términos generales.

### **Estrategias de análisis estadístico: limitación del desarrollo científico.**

Ya hemos comentado que la dinámica de los grupos de autoayuda es especialmente desafiante para la investigación y esto es un claro ejemplo de ello. Especialmente por que una de las finalidades explícitas de nuestros instrumentos era evaluar la evolución del clima social a lo largo del tiempo. No obstante, el análisis de datos no puede realizarse de la misma manera que en los grupos psicoterapéuticos ni en los equipos de trabajo, puesto que en nuestro caso los participantes pueden variar enormemente en distintas sesiones. Si seleccionamos sólo los sujetos que se repiten entre una sesión y otra, corremos el riesgo de perder la mitad de la información, puesto que fácilmente entre una sesión y otra los miembros son diferentes. Esta hipotética selección no recogería en absoluto la dinámica grupal, sino que recolectaría información individual de los sujetos. Por otra parte, utilizar para el análisis las medias grupales de los puntajes no permitiría un análisis específico. Entonces, es una limitación y un desafío por superar el contar con las estrategias de análisis estadísticos adecuadas. Las estrategias actuales no nos permiten analizar el instrumento de respuesta individual a lo largo de sucesivas aplicaciones, puesto que se trata de grupos abiertos, que en cualquier momento pueden recibir nuevos integrantes y la rotación e intermitencia en la asistencia los hacen especialmente difíciles de considerar en estudios longitudinales. Hemos consultado a los expertos sobre la existencia de estrategias adecuadas, pero nos han dicho que no existen (A. Conchillo, comunicación personal, julio, 2011; R. Martínez Arias, comunicación personal, octubre, 2012). La prueba *T student* es la que parecería lógico que fuese útil para este tipo de análisis. No obstante, esta prueba sólo permite dos opciones, grupos donde los participantes sean diferentes (muestras independientes) o grupos donde los participantes sean todos los mismos (muestras dependientes).

El desarrollo de estrategias estadísticas para evaluar grupos en los cuales los integrantes van cambiando, va más allá de nuestros instrumentos y más allá de los grupos de autoayuda. Bajo la denominación grupos abiertos (open groups) podemos encontrar otros tipos de grupo en que los participantes pueden entrar, salir y reincorporarse en cualquier momento (Turner, 2011).

Con todo, queremos dejar planteado este importante problema metodológico. Cuando se considera que la ciencia social debe responder a aspectos de la vida real, se debe entender que también debe desarrollar métodos adecuados para estudiarla. Por ello, no se trata de adaptar la realidad a los instrumentos existentes, sino que debe ser al contrario. Aunque Morgan-Lopez y Fals-Stewart (2008) y Morgan-Lopez, Saavedra, Hien y Fals-Stewart (2011) han propuesto algunas maneras de analizar los datos en grupos abiertos, ninguna de ellas es útil para nuestros propósitos.

### **Concepto de clima social.**

Nuestra definición conceptual de clima social presta especial atención a las relaciones. En este sentido, el estilo de redacción es una estrategia para captar dinámicamente las distintas relaciones que se generan. Los resultados de la presente investigación brindan evidencia parcial, pero prometedora de que ésta diferenciación es importante.

El énfasis relacional de nuestra definición proviene de los resultados del estudio cualitativo anterior y de nuestra experiencia, que además concuerdan con el concepto de Riessman sobre el *Principio terapéutico del ayudador*, de acuerdo al cual quien más ayuda (aporta) al grupo, es quien más se beneficia. Aplicar esta definición requería diferenciar entre lo que se aporta y lo que se recibe. Nuestro concepto de clima social no se basa en la teoría del equilibrio (u otras teorías del intercambio), aunque ésta incida en el intercambio de lo que se aporta y lo que se recibe. Los resultados que hemos obtenido en el presente estudio sugieren que la diferencia entre aportar y recibir se relaciona significativamente con varios elementos que hemos presentado anteriormente. En este sentido, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Roberts et al. (1999) quienes en un estudio longitudinal miden objetivamente (mediante pautas de observación) las transacciones interpersonales durante las sesiones y las relacionan con el ajuste psicosocial, encontrando que quienes más aportan más beneficios obtienen. Además, nuestros resultados se suman a los obtenidos por Pagano, Post y Johnson (2011) en su reciente revisión del *principio terapéutico del ayudador* en grupos de autoayuda de AA.

La propuesta de una nueva definición del concepto de clima social es en sí misma relevante, tanto por su novedad conceptual como por su aplicabilidad a otros escenarios, independientemente de que las dimensiones o ítems puedan ser diferentes. Según la teoría clásica de los test, los reactivos que hemos utilizado son sólo una muestra de todos los reactivos que se pueden seleccionar (Nunnally, 1987). Por tanto, existirían muchos otros ítems que podrían encontrarse para aplicar nuestra definición y ésta permitiría captar la dinámica de grupos, tanto en su aspecto inmediato como en su evolución. Además, esta definición puede aplicarse también a nivel de clima organizacional. Incluso sería posible llevar su aplicación a ámbitos educativos.

### **Modelo de evaluación**

La contextualización que se hace de los instrumentos dentro de una propuesta de evaluación de programas busca situarlos dentro de un marco en el que han adquirido sentido. Esto no implica que consideremos menos importante tratar de generar instrumentos que sean aplicables a un espectro amplio de contextos, sino que se procura partir de un contexto muy concreto de aplicación a partir de el cual revisar las posibles aplicaciones a grupos de autoayuda diferentes a los del PEM. Consideramos que ésta contextualización es una ventaja en el caso de estos instrumentos puesto que brinda mayor claridad de los propósitos prácticos que tiene contar con los mismos, al margen de las posibilidades de investigación en psicología social. En este caso, un aspecto esencial es la retroalimentación y consultoría que estos instrumentos permitirían a los participantes del PEM.

Uno de las barreras con las que a veces se han encontrado los voluntarios del PEM para colaborar con profesionales en sanidad pública, ha sido que estos últimos les han dicho que el PEM no tiene objetivos claros y medibles (con los criterios utilizados en sanidad). Luego era necesario explicitar estos objetivos.

Uno de los trabajos más recientes en evaluación de grupos de autoayuda es el de Finn et al. (2009). Ellos desarrollan una serie de instrumentos ad-hoc, para GROW y proponen

un modelo explicativo. Sin embargo, no evalúan directamente la dinámica del clima social en los grupos.

La contextualización que hemos realizado es innovadora, hasta donde nosotros sabemos, puesto que es un primer intento de proponer un modelo lógico para grupos de autoayuda, que además de enmarcarse dentro de una explicación de porqué los grupos del PEM funcionan (modelo teórico), este asociada a unos objetivos planteados bajo criterios exigentes, como son los de Pineault y Daveluy (1992). El articular ambos elementos, modelo teórico y objetivos, permite una mayor claridad sobre el PEM.

Puesto que parte del interés de los participantes del PEM era dar más visibilidad a su trabajo y por otra parte, el servicio de Salud de Coquimbo ha manifestado interés en poder evaluar el PEM, hemos procurado que el modelo de evaluación sea claro y permita medir resultados concretos. Un aspecto fundamental es que sea posible económicamente. La idea es que los propios integrantes del programa puedan evaluar la mayoría de los objetivos. Por ello, los instrumentos de evaluación son de corrección simple y no requieren de profesionales para ser aplicados.

Según Pinealt y Daveluy (1992) no tiene sentido realizar una evaluación si es más costosa que implementar el programa en sí. Aunque el bajísimo coste de implementar el PEM probablemente se acerque a lo que costaría aplicar la totalidad o la mayor parte de nuestra propuesta, no por ello deja de tener interés poder evaluar el PEM o al menos demostrar que es evaluable. Además teniendo una perspectiva completa de todos los aspectos evaluables de acuerdo a los objetivos explicitados, es posible elegir las áreas prioritarias a evaluar. Sin duda, un área fundamental es el clima social en los grupos, por su relación con la asistencia y por la relación más directa que puede tener sobre resultados en salud y calidad de vida.

### **Perspectivas futuras.**

Nuestra propuesta de evaluación pretende ser una base clara. Lo ideal sería que pudiese realizarse conjuntamente en todos los lugares en que funciona el PEM en Chile. Aunque esto puede variar de acuerdo a las diferentes áreas geográficas y por diferentes motivos, entre otros: grado de desarrollo que tenga el PEM en la localidad, motivaciones de los usuarios a evaluar determinados aspectos, colaboración de los profesionales de la sanidad pública y los recursos económicos. En el último caso, es necesario decir que a veces se obtiene (o se auto-gestiona) más recursos que otras, por lo que no es posible asumir la homogeneidad de recursos a lo largo de Chile. Por otra parte, la colaboración de los profesionales es importante y también es variable. Al menos esta propuesta permite a los profesionales de la salud tener una visión concreta de como puede evaluarse el PEM, y sobre todo, de que es posible hacerlo.

En conjunto esta propuesta permitiría realizar una evaluación bastante completa. No obstante, es necesario considerar el valor que tendría utilizar estrategias cualitativas. Las recomendamos, puesto que tienen un valor irremplazable, pero no las hemos incluido simplemente porque el costo es mucho más elevado. En este sentido, consideramos imprescindible resaltar la responsabilidad social que tienen las universidades en contribuir con las iniciativas comunitarias como ésta. La cantidad de universidades en Chile no se condice con el escaso apoyo que brindan a la comunidad. Especialmente cuando espacios de colaboración como este pueden incluir alumnos de diferentes carreras trabajando en equipo, que parece ser una buena preparación para el mundo laboral.

Sería posible que las universidades contribuyeran a generar las evaluaciones cualitativas con sus alumnos de pregrado y post-grado en proceso de tesis u en otros proyectos de investigación. Por otra parte, también podrían contribuir enormemente con la aplicación de la evaluación. Los instrumentos que todavía es necesario estandarizar o adaptar, y otros aspectos de la propuesta, son un terreno fértil para la investigación. Especialmente cuando esto también acercaría a las universidades a la comunidad y permitiría conocer a los estudiantes de cerca el trabajo en terreno. Luego, la propuesta



permite una orientación clara sobre que aspectos es interesante y factible investigar, que además tendrían un valor pragmático claro.

En cualquier caso, es necesario advertir sobre el delicado equilibrio que se requiere tener para poder aplicar una evaluación que respete los fundamentos del programa y a los participantes, y a la vez cumpla con criterios útiles para sanidad pública. Hemos intentado lograr ese equilibrio, pero hasta que no se aplique no podemos saber si es necesario adaptar algún aspecto de la propuesta. Con la información que tenemos al día de hoy, nos parece adecuada.

La propuesta también sirve para orientar la evaluación de otros programas de autoayuda que puedan estar emergiendo o que ya tengan tiempo en funcionamiento, en la misma área, de problemas relacionados con el alcohol y otras drogas, o en áreas distintas. También sería posible como referencia para programas de grupos de apoyo. De esta manera, la experiencia del PEM y otros grupos de autoayuda en contribuir a descongestionar el sistema de salud en Chile y permitir un rápido acceso a las familias para recibir ayuda, que es similar a la generada en otros países por diferentes grupos de autoayuda, podría replicarse en diferentes lugares del país y en otras áreas.

Insistimos en que debe estudiarse la práctica tanto de los programas como de los servicios de salud pública. La diferencia entre teoría y práctica a veces es desatendida, criticándose una política pública o un programa a nivel teórico, antes que prestar atención a su implementación. Un notable ejemplo de ello es el estudio de Scharager y Molina (2007) sobre el trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria, donde se recoge que la mayor parte de ellos se dedicaba a la atención directa e individual, en vez de a las actividades de prevención y prevención grupales u otras actividades comunitarias. A pesar de que esto último era lo establecido por el Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Luego el enfoque comunitario se queda en el papel. Una de las cosas que se incluye actualmente entre las recomendaciones es colaborar con grupos de autoayuda, pero puede apreciarse la dificultad de que esto se produzca si los profesionales se quedan en la clásica atención individual y no dedican

tiempo al contacto con la comunidad. Por cierto, una de las razones señaladas por los psicólogos para esa discrepancia era su falta de preparación en el trabajo en terreno, lo que enlaza con la necesidad de acercarse a la comunidad.

En cualquier caso, aplicar la propuesta puede enriquecer tanto el conocimiento científico como el práctico, independientemente de sus resultados, puesto insistimos que es necesario saber también qué sucede con quienes abandonan los grupos, qué aspectos pueden dificultar que el grupo sea suficientemente abierto y qué disminuye las probabilidades de éxito de estos grupos. Es necesario avanzar en la evaluación de los grupos y organizaciones de autoayuda para poder establecer relaciones de colaboración óptimas.

Todavía esta pendiente el desarrollar instrumentos que midan el clima social a nivel del programa, lo que llevaría los instrumentos a un nivel diferente. Destacamos esto porque es otro nivel del clima social que también es interesante explorar, y en ese nivel se podría ampliar la generalización, con la contextualización necesaria, no sólo a empresas sino que también a recintos educativos.

Por otra parte, una tercera manera de abordar el clima social (luego de la respuesta individual y el consenso grupal), es la observación externa. Se ha propuesto que este es un aspecto importante de considerar y, de hecho, ésta fue la manera en que originalmente Lewin y sus colaboradores midieron el clima social. Existe una pauta de observación pendiente de validar por el PEM. La ventaja que puede tener además de ser una tercera perspectiva, es que no requiere un esfuerzo adicional de los participantes, sino que puede ser aplicada por un observador externo al grupo, con una preparación básica, y no hay ningún inconveniente para que esta evaluación sea aplicada por la misma persona que aplica los dos instrumentos que hemos presentado.

Finalmente el modelo lógico que hemos propuesto permite explicar porque el PEM es aplicable a otros problemas, además de los relacionados con consumo de alcohol y otras

drogas. Esto permite una mayor claridad para establecer una colaboración con los profesionales, organizaciones y con el sistema de salud pública en Chile. Por su parte, las personas están en su derecho a ser bien informadas de toda la ayuda que les pueda resultar útil para mejorar su salud y su calidad de vida.

En resumen, nuestros resultados abren múltiples posibilidades de investigación en distintas áreas y niveles. Además, son una invitación a la acción para los profesionales de la salud en un área que cuenta con abundante evidencia de efectividad, bajo coste y numerosas experiencias de colaboración: los grupos de autoayuda.

## **XVIII. BIBLIOGRAFÍA.**

Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., Willging, C. E. (2011). The Soft Underbelly of System Change: The Role of Leadership and Organizational Climate in Turnover during Statewide Behavioral Health Reform. *Psychological Services*. 8 (4), 269-281.

Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3 (1), 61–72.

Adams, P. J. (2008). *Fragmented Intimacy Addiction in a Social World*. New York: Springer.

Adamsen, L & Rasmussen, J (2001). Sociological perspectives on self-help groups: reflections on conceptualization and social processes. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (6), 909-917.

Adamsen, L. (2002). From victim to agent: The clinical and social significance of self-help group participation for people with life threatening diseases. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 224–231.

Agazarian, Y.M., & Janoff, S. (1998). Teoría de sistemas y grupos pequeños. En H.I. Kaplan, & B. J. Sadok, (Ed.) *Terapia de grupo*. (pp. 36-49). Madrid: Panamericana.

Aguilar, M. J., & Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Albee, G. W. (1968). Conceptual models and manpower requirements in psychology. *The American Psychologist*, 23(5), 317-320. Doi: 10.1037/h0026125

Alcohólicos Anónimos (2003). *Esto es Alcohólicos Anónimos. Una introducción al programa*. Obtenido de: <http://www.aa.org/lang/sp/subpage.cfm?page=221>

Alcover, C. M. (2003). Cultura y clima organizacional. En: F. Gil, & C. M. Alcover, (coords.). *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Madrid: Alianza.

Alonso, R. & Berbel, S. (1999). Procesos grupales e intergrupales. En: M. P. González (ed.): *Psicología de los grupos. Teorías y aplicaciones*. Síntesis. Madrid.

Alvira, F. (2002). *Metodología de la evaluación de programas*. (3ª ed.) Centro de Investigaciones Sociológicas.

Anderson, N. R., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the Team climate Inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19 (3), 235-258.

Anderson-Butcher, D. Khairallah, A.O, & Race-Bigelow, J. (2004). Mutual Support Groups for Long-Term Recipients of TANF. *Social Work*. 49 (1), 131-140.

Anguera, M. T., Chacón, S., & Blanco, A. (2008). *Evaluación de programas sociales y sanitarios: Un abordaje metodológico*. Madrid: Síntesis.

Archibald, M. E. (2008). Institutional Environments, Sociopolitical Processes, and Health Movement Organizations: The Growth of Self-Help/Mutual-Aid. *Sociological Forum*, 23, 1 84-115.

Argyris, C. (1957). *Personality and organization*. New York: Harper & Row.

Asch, S. E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgement. In H. Guetzkow (Ed.). *Groups, leadership and men*. Pittsburgh: Carnegie.

Asch, S. E. (1956). Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs*, 70, 1-70.

Ashkanasy, N., Wilderom, C., & Peterson, M. (Eds.). (2000). *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Atkins, R. G. Jr., & Hawdon, J. E. (2007) Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 33 321–331.

Bakali, J. V., Wilberg, T., Hagtvet, K. A., & Lorentzen, S. (2010). Sources accounting for alliance and cohesion at three stages in group psychotherapy: Variance component analyses. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14 (4), 368-383.

Barrón, A., Lozano, P. & Chacón, F. (1989). Autoayuda y apoyo social. En A. Martín, F. Chacón, & M. Martínez, *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.

Barrón. A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.

Beal, D.J., Cohen, R.R., Burke, M.J. & McLendon, C.L. (2003). Cohesion and performance in groups: a meta-analytic clarification of construct relations. *Journal of Applied Psychology*, 88, 989-1004.

Bennett, L. A. (1985). Treating Alcoholism in a Yugoslav Fashion. *East European Quarterly*, 18(4), 495-519.

Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., et al. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 455-542.

Bernthal, P. R., & Insko, C. A. (1993). Cohesiveness without groupthink. *Group & Organization Management*, 18, 66-87.

Biswas, S. & Varma, A. (2007). Psychological climate and individual performance in India: test of a mediated model. *Employee Relations*, 29 (6), 664-676.

Bjerg, M. (1989). Identidad étnica y solidaridad en un grupo migratorio minoritario: un analisis de la "sociedad danesa de socorros mutuos", 1892-1930. *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 4 (12), 383-403

Blanco, A., Caballero, A., & de la Corte, L. (2005). *Psicología de los grupos*. Madrid: Pearson Prentice Hall

Bliese, P. D. & Halverson, R. R. (1996). Individual and nomothetic models of Jobs stress: An examination of work hours, cohesion, and well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 1171-1189.

Bollen, K. A. & Hoyle, R.H. (1990) Perceived cohesion: A conceptual and empirical examination. *Social Forces*, 69, 479-504.

Bonsaksen, T., Lerdal, A., Borge, F.-M., Sexton, H., & Hoffart, A. (2011). Group Climate Development in Cognitive and Interpersonal Group Therapy for Social Phobia. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15(1) 32-48.

Borkman T. (1990). Self-help groups at the turning point: emerging egalitarian alliances with the formal health care system? *American Journal Community Psychology*. 18(2), 321-32.

Borkman, T. (2010). Self-help Groups. In Anheier, H. K. & Toepler, S. (Ed.). *In International Encyclopedia of Civil Society*. New York: Springer.

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Services. Review*, 50, 445-456.

Borkman, T. (1999). *Understanding Self-Help/Mutual Aid: Experiential Learning in the Commons*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Borkman, T. (2006). Sharing experience, conveying hope: Egalitarian relations as the essential method of Alcoholics Anonymous. *Nonprofit Management & Leadership*, 17(2), 145-161.

Borkman, T. (2007). Self-help groups as participatory action. In R. A. Cnaan, & C. Milofsky, (Eds.). *Handbook of Community Movements and Local Organizations*. New York: Springer.

Borkman, T. (2008). The Twelve-Step Recovery Model of AA: A Voluntary Mutual Help Association. In M. Galanter, & L.A. Kaskutas (Eds.), *Recent Developments in Alcoholism*, (pp 9-35). New York: Springer.

Boyle, P., & Kroon, H. (2006). Integrated Dual Disorder Treatment. Comparing Facilitators and Challenges of Implementation for Ohio and the Netherlands. *International Journal of Mental Health*, 35 (2), 70–88.

Brakel, T.M., Dijkstra, A., Buunk, A.P., & Siero, F.W. (2012). Impact of social comparison on cancer survivors' quality of life: an experimental field study. *Health Psychology*. 31(5), 660-670. doi: 10.1037/a0026572.

Bretones, F. D. & Mañas, M. A. (2008) La organización creadora de clima y cultura. In M.A. Martín y F. D. Bretones (Coords.), *Psicología de los grupos y de las organizaciones*. (pp. 69-92.). Madrid: Pirámide.

Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of Helping and Coping. *American Psychologist*, 37(4), 368-384.

Brown, L.D. & Wituk, S. (2010). Introduction to Mental Health Self-Help. In L.D. Brown, & S. Wituk, *Mental Health Self-Help Consumer and Family Initiatives*. New York. Springer.

Bruhn, J.G. (2009). The Group Effect: Social Cohesion and Health Outcomes. Springer-Verlag New York Inc. DOI: 10.1007/978-1-4419-0364-8

Budman, S. H., Soldz, S., Demby, A., Fildstein, M., Springer, T., & Davis, S. (1989). Cohesion, alliance, and outcome in group psychotherapy. *Psychiatry*, 52, 339-350.

Burlingame, G. M., Fuhrman A. & Johnson, J. E. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy*. Vol. 38 (4) 373-379.



Burlingame, G. M., Fuhriman, A. J., & Johnson, J. (2004). Process and outcome in group counseling and psychotherapy: A perspective. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy* (pp. 49–61). Thousand Oaks, CA: Sage.

Burlingame, G. M., McCLEndon, D. T., & Alonso, J. (2011a). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42.

Burlingame, G. M., McCLEndon, D. T., & Alonso, J. (2011b). Cohesion in group therapy. In J. C. Norcross, (Ed.). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Burlingame, G. M., Strauss, B., Joyce, A., MacNair-Semands, R, MacKenzie, K. R., Ogrodniczuk, J., et al. (2006). *CORE Battery-revised: An assessment tool kit for promoting optimal group selection, process, and outcome*. New York. American group psychotherapy Association.

Burti, L., Amadeo, A., Ambrosi, M., Bonetto, Ch., Cristofalo, D., Ruggeri, M., Tansella, M. (2005). Does Additional Care Provided by a Consumer Self-Help Group Improve Psychiatric Outcome? A Study in an Italian Community-Based Psychiatric Service. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 705-715.

Carless, S. A. (2004). Does Psychological Empowerment Mediate the Relationship Between Psychological Climate and Job Satisfaction? *Journal of Business and Psychology*, 18 (4), 405-425.

Carless, S.A. & De Paola, C. (2000). The measurement of cohesion in work teams. *Small Group Research*, 13, 71–88.

Carr, J. Z., Shmidt, A. M., Ford, J. K. & DeShon R. P. (2003). Climate Perceptions Matter: A Meta-Analytic Path Analysis Relating Molar Climate, Cognitive and Affective States, and Individual Level Work Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, No. 4, 605–619.

Carron, A.V. & Brawley, L.R. (2000). Cohesion: conceptual and measurement issues. *Small Group Research*, 31, 89–106.

Carron, A.V., Widmeyer, W.N. & Brawley, L.R. (1985). The development of an instrument to assess cohesion in sport teams: the Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport Psychology*, 7, 244-266.

Cartwright, D. (1968). The nature of group cohesiveness. In D. Cartwright & A. Zander (Eds.), *Group dynamics: Research and theory* (3rd ed., pp. 91-109). New York: Harper & Row.

Casey-Campbell, M. & Martens, M. L. (2009). Sticking It All Together: A Review of the Group Cohesion-Performance Literature, *International Journal of Management Reviews*, 11(2), 223-246.

Castonguay, L. G., Pincus, A. L., Agras, W. S., & Hines, C. E. (1998). The role of emotion in group cognitive behavioral therapy for binge-eating disorder: When things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research*, 8, 225-238.

Cattell, R. B. (1964). Beyond validity and reliability: Some further concepts and coefficients for evaluating tests. *Journal of Experimental Education*, 33, 133-143.

Cattell, R. B., & Tsujioka, B. (1964). The importance of factor-trueness and validity, versus homogeneity and orthogonality, in test scales. *Educational and Psychological Measurement*, 24, 3-30.

Chacón, F & García, M.J (1998). Modelos teóricos en psicología comunitaria. En “Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones A. Martin González. (Ed.). Madrid. Síntesis.

Chacón, F., Pérez, T., Flores, J., & Vecina, M. L. (2010). Motivos del Voluntariado: Categorización de las Motivaciones de los Voluntarios Mediante Pregunta Abierta. *Psychosocial Intervention*, vol. 19 (3), 213-222.

Chacón, F., Vecina, M. L., & Dávila, M. C. (2007). Three-Stage Model of Volunteer's Duration. *Social Behavior & Personality: An International Journal.*, Vol. 35 (5), 627-642.

Chan, D. (1998). Functional relations among constructs in the same content domain at different levels of analysis: A typology of composition models. *Journal of Applied Psychology*, 83, 234–246.

Chan, J., Ho-Pong, T. & Chan, E. (2006). Reconsidering social cohesion: developing a definition and analytical framework for empirical research. *Social Indicators Research* 75: 273–302.

Chang, A., Duck, J. & Bordia, P. (2006) Understanding the Multidimensionality of Group Development. *Small Group Research* 37(4, 327-350.

Chaudhary, S., Avis, M., & Munn-Giddings, C. (2010). The lifespan and life-cycle of self-help groups: A retrospective study of groups in Nottingham, UK. *Health and Social Care in the Community*. 18(4), 346–354.

Chen, C. V., Tang, YY & Wang, SJ (2009). Interdependence and Organizational Citizenship Behavior: Exploring the Mediating Effect of Group Cohesion in Multilevel Analysis. *The Journal of Psychology*, 143(6), 625–640.

Chen, H.-T. (1990): *Theory-Driven Evaluations*. Newbury Park: Sage Publications.

Chi, F., Kaskutas, L. A., Sterling, S., Campbell, C., & Weisner, C. (2009). Twelve-Step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: social support and religious service attendance as potential mediators. *Addiction*, 104(6), 927-939.

Chien, W.-T. (2010). An overview of mutual support groups for family caregivers of people with mental health problems: Evidence on process and outcomes. In L. Brown & S. Wituk (ed.). *Mental Health Self-Help. Consumer and Family Initiatives*. (p. 107-151).New York: Springer.

Chinman, M., Kloos, B., O'Connell, M., & Davidson, L. (2002). Service providers' views of psychiatric mutual support groups. *Journal of community psychology*, Vol. 30, No. 4, 349–366.

Chiocchio, F. & Essiembre, H. (2007). An exploratory meta-analysis of cohesion and performance in project teams. Paper presented at the 22nd Annual Society for Industrial and Organizational Psychology Conference, New York, NY.

Clifford, P. R., & Longabaugh, R. (1991). *Manual for the Important People and Activities instrument*. Providence, RI: Brown University, Center for Alcohol and Addiction Studies.

Comunidad de Madrid. (1996). Grupos de autoayuda. Plan regional sobre drogas: Programas de intervención. Vol. 9, Grupos de autoayuda. Comunidad de Madrid, Conserjería de Integración Social, D.L.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2001): Estudio de consumo de drogas en consultantes de los Servicios de Urgencia. Resumen ejecutivo. Informe final. Obtenido de: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/Estudio-salas-urgencia-2010.pdf>

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2002). Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Obtenido de: [http://extranet.injuv.gob.cl/cedoc/CONACE/V\\_Estudio\\_de\\_drogas\\_Poblacion\\_General\\_Introduccion\\_2003%20.pdf](http://extranet.injuv.gob.cl/cedoc/CONACE/V_Estudio_de_drogas_Poblacion_General_Introduccion_2003%20.pdf)

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2010): Estudio sobre de drogas en consultantes de Salas de Urgencia. informe final-Chile. Obtenido de: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/otros-estudios-nacionales/attachment/estudio-salas-urgencia-2010/>

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. (2004): Sexto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile. Ministerio del interior. Obtenido de: [http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs\\_naci\\_encu\\_temal.php](http://www.conacedrogas.cl/inicio/obs_naci_encu_temal.php)

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2011) Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile. CONACE.

Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.

Corrigan, P. W., Sokol, K. A., & Rüsch, N. (2011). The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*. DOI 10.1007/s10597-011-9445-2

Corrigan, P., Calabrese, J., Diwan, S., Keogh, C. et al. (2002). Some recovery processes in mutual-helps groups for persons with mental illness; I: Qualitative analysis of program material and testimonies. *Community Mental Health Journal*, 38 (4), 287-302.

Corrigan, P., Slopen, N., Gracia, G., Phelan, S., Keogh, C. & Keck, L. (2005). Some Recovery Processes in Mutual-Help Groups for Persons with Mental Illness; II: Qualitative Analysis of Participant Interviews. *Community Mental Health Journal*, 41, 679-693.

Cortés, F. (2005). *Caracterización y relaciones sociales en familias con dependencias a alcohol y otras drogas atendidas en la Unidad de Dependencias del Hospital Barros Luco Trudeau*. Tesis de Grado para optar al Título de Sociólogo. Universidad de Artes y Ciencias Sociales. Escuela de Sociología. Manuscrito no publicado.

Cota, A. A., Evans, C. R., Dion, K. L., Kilik, L., & Longman, R. S. (1995). The structure of group cohesion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(6), 572-580.

Coyhis, D.L. & White, W.L. (2006). *Alcohol problems in native America: the untold story of resistance and recovery-“the true about the lie”*. White Bison. Colorado Springs.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16(3), 297-334.

Cronbach, L. J. (1963). Course improvement through evaluation. *Teacher's College Record*, 64, págs. 672-683.

Cronbach, L. J. (with Shapiro, K.) (1982). *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey-Bass.

Crowe, T. P. & Grenyer, B. F. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 15, (4), 239-246.

Cunningham, J. A., van Mierlo T. & Fournier, R. (2008). An online support group for problem drinkers: AlcoholHelpCenter.net. *Patient Educational and Counseling*, 70(2), 193-198.

Dadich, A. (2007). Is spirituality important to young people in recovery? Insights from participants of self-help support groups. *Southern Medical Journal*. 100(4), 422-5.

Damen, S., Mortelmans, D., & Van Hove, E. (2000). Self-help groups in Belgium: their place in the care network. *Sociology of Health & Illness*, 22 (3), 331-348.

Dash, Sh., Jeevan, Sh., & Mendonsa, J. (2011): Role of Local Institutions in SHG Formation: Evidence from a Field Study in Orissa. Vilakshan, XIMB Journal of Management, 1-11.

Davidson, L. & White, W. (2007). The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34 (2), 109-120.

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205–217

Day, E., Gaston, R. L., Furlong, E., Murali, V., & Copello, A. (2005). United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 29(4), 321-327.

De Araújo, Z. M., & Vieira, L. M. (2009): *Evaluación en Salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Lugar.

De Micheli, D & Formigoni, M. L. (2002). Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? *Addictive Behaviors* 27, 87–100.

Deane, F.P., Mercer, J., Talyarkhan, A., Lamberta, G., & Pickard. J (2012). Group Cohesion and Homework Adherence in Multi-Family Group Therapy for Schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 33 (02), 128-141.

Delgado-Piña, M.I., Romero-Martínez, A.M. & Gómez-Martínez, L. (2009). ¿Cómo se consiguen equipos eficaces? Delimitación y medición de la eficacia en los equipos organizativos. *EsicMarket*. 132, 263-284.

Denison, D. R. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's points of view on a decade of paradigm wars. Academy of Management. *The Academy of Management Review*, 21, (3) 619-654.

Dennis M.L., Foss M.A., & Scott C.K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review*, 31, 585-612.

Dibb, B. & Yardley, L. (2006). How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 63 (6), 1602-1613.

Diez de Medina (2012, enero). Experiencia en la implementación del Programa Ecológico Multifamiliar. En Jornadas de Sensibilización a los Equipos de Salud y agentes comunitarios de Atacama, sobre los fundamentos del Programa Ecológico Multifamiliar. 17 y 18 Enero. Atacama.

Dimauro, P., Barcucci, P., Conforto, F., et al. (2004). Documento del grupo nacional de trabajo en la formación. Programa ecológico Multifamiliar. Italia. Manuscrito no publicado.

DiNitto, D., Webb, D., Rubin, A., Morrison-Orton, D., Wambach, K. (2001). Self-help group meeting attendance among clients with dual diagnosis. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33 (3), 263-273.

Dion, K. L. (2000). Group Cohesion: From "Field of Forces" to Multidimensional Construct. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 4 (1), 7-26.

Dobbins. G. H. & Zaccaro, S. J. (1986). The effects of group cohesion and leader behavior on subordinate satisfaction. *Group Organization Management*, 11 (3), 203-219.

Donovan, D. M. & Wells, E. A. (2007): Tweaking 12-Step': the potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction*, 102 (1), 121-129.

Drake R. E., Mueser K. T., Brunette M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.;27(4), 360-374.

Dyce, J.A. & Cornell, J. (1996). Factorial validity of the Group Environment Questionnaire among musicians. *Journal of Social Psychology*, 136, 263-264.



Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*. Vol. 15, nº 2, pp. 315-321

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas: incluyendo el apéndice Fenomenología de las drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.

Evans, W. M. (1976). *Organization theory structures, systems and environments*. New York: Wiley.

Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *British Medical Journal*, 328(7449), 1166–1172.

Falomir, J. M. (2004). Procesos de influencia en grupos. En C. Huici, & J. F. Morales (dirs.). *Psicología de grupos I. Estructura y procesos*. Madrid. UNED.

Félix-Ortiz, M., Salazar, M., González, J., Sorensen, J. & Plock, D. (2000). Addictions Service: A qualitative evaluation of an assisted self-help group for drug-addicted clients in a structured outpatient treatment setting. *Community Mental Health Journal*, 36, (4) 339-350.

Fenster, J. (2006). Characteristics of clinicians likely to refer clients to 12-Step programs versus a diversity of post-treatment options. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 238–246.

Fergusson, D., Boden, J., & Horwood, L (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165–177.

Fernández, I., Morales, F., & Molero, F. (2011). *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao: Descleé de Brower.

Fernández-Ballesteros, R. (1992). Valoración de programas. *Introducción a la Evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Ed. Síntesis. Madrid. España.

Festinger, L., Schachter, S., Back, K., (1950). The Spatial Ecology of Group Formation, in L. Festinger, S. Schachter, & K. Back (eds.), *Social Pressure in Informal Groups: A study of human factors in housing*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Fink, A. (1993). *Evaluation Fundamentals: Guiding Health Programs, Research and Policy*. Newbury Park, CA: Sage.

Finn, J., & Steele, T. (2010). Online Self-Help/Mutual Aid Groups in Mental Health Practice. In L. Brown & S. Wituk (ed.). *Mental Health Self-Help. Consumer and Family Initiatives*. New York: Springer.

Finn, L. D., Bishop, B.J. & Sparrow, N. (2009). Capturing Dynamic Processes of Change in GROW Mutual Help Groups for Mental Health. *American Journal of Community Psychology*, 44, 302–315

Finn, L.D., Bishop, B. J., & Sparrow, N. (2007). Mutual help groups: An important gateway to wellbeing and mental health. *Australian Health Review*, 31, 246–255.

Flores, J. A. (2008). Levantamiento y evaluación del modelo de acción del programa ecológico social multifamiliar en el tratamiento de las dependencias de alcohol y otras drogas. En R. Quiroz. (Ed.). Tesis magister en psicología comunitaria. Universidad de Chile. Facultad de ciencias sociales. Compendio de tesis vol.1. Programa de Magister en Psicología Mención Comunitaria.

Flores, P. J. (1998). Terapia grupal con alcohólicos, sujetos dependientes de sustancias psicoactivas e hijos adultos de alcohólicos. En H.I. Kaplan, & B. J. Sadok, (Ed.) *Terapia de grupo*. Editorial Panamericana. Madrid. 470-484.

Folgheraiter, F & Pasini, A. (2009). Self-help Groups and Social Capital: New Directions in Welfare Policies? *Social Work Education* 28 (3), 253–267.

Forcehimes, A., & Tonigan, J. (2008). Self-efficacy as a factor in abstinence from alcohol/other drug abuse: A meta-analysis. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(4), 480-489.

Forsyth, D. R. (2010). *Group dynamics*. Belmont: Thomson-Wadsworth.

Fullerton, C., Florenzano, R., & Acuña, J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chile*; 128, 729-734.

Furnham, A. (2001). Psicología organizacional: el comportamiento del individuo en las organizaciones. México: Oxford University Press.

Gala, F & Guillén, C. (2010). Clima organizativo. En A. Cascio & C. Guillén, (coords.). *Psicología del trabajo: Gestión de los recursos humanos. Skill management*. (pp. 83-96) Barcelona: Planeta.

García Sáiz, M & Gil, F (1999). Procesos de influencia social. En Gil, F y Alcover, C.M. (comps.), *Introducción a la psicología de los grupos*. (pp. 251-279). Madrid: Pirámide.

García, I., Danet, A., March, J. C. (2010). El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 25 (4), 200-206.

Giancola, P. (2003). Constructive thinking, antisocial behavior, and drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. *Personality and Individual Differences*, 35, 1315–1330.

Gil, F., & Alcover, C.M. (coords.). (1999). *Introducción a la psicología de los grupos*. Madrid: Pirámide.

Gil, F., & Alcover, C. M. (coords.). (2003). *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Madrid: Alianza.

Gillaspy, J. A., Wright, A. R., Campbell, C., Stokes, S., Adinoff, B. (2002). Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 12 (2), 213-229.

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* [Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity] (L. Guinsberg, trad.) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo publicado originalmente en 1963).

Goffman, E. (2009). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. [Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates] (M. A. Oyuela, trad.). Buenos Aires: Amorrortu. (trabajo publicado originalmente en 1961).

Goldstrom, I., Campbell, J., Rogers, J.A., Lambert, D. A., Blacklow, B., Henderson, M. & Manderscheid, R. W. (2006). National Estimates for Mental Health Mutual Support Groups, Self-Help Organizations, and Consumer-Operated Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(1), 92-103.

Gómez, A. M., Sánchez, J. C., y Alonso, E. (2005). Cultura organizacional. En F. J. Palací (coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 151-181). Madrid: Pearson, Prentice-Hall.

González, M. P. (1997). *Orientaciones teóricas fundamentales en psicología de los grupos*. Barcelona: EUB.

González, M. P. (Ed.). (1999). *Psicología de los grupos. Teorías y aplicaciones*. Síntesis. Madrid.

González-Roma, V., Peiro, J. M., & Tordera, N. (2002). An examination of the antecedents and moderator influences of climate strength. *Journal of Applied Psychology*, 87, 465–473.

González-Romá, Vicente (2011). El clima de los equipos de trabajo: Una propiedad configuracional. *Papeles del Psicólogo*, vol. 32, (1), pp. 48-58.

Gottlieb, B. H. & Peters, L (1991). A National demographic portrait of mutual aid group participants in Canada. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 19 (5) 651-666.

Gottlieb, B. H. (1987). Marshalling social support for medical patients and their families. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 28(3), 201-217.

Gottlieb, B. H. (2001a). Support Groups. In. H. S. Friedman. *Assessment and Therapy: Specialty Articles from The Encyclopedia of Mental Health*. (pp 307–320). San Diego, California. Academic Press. ISBN: 0122678060, 9780122678066

Gottlieb, B.H. (2001b). Support and Self-help Groups and Health. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Amsterdam : Elsevier. p 15285–15290

Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención Comunitaria*. Paidós. Barcelona.

Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, F. Morales, & F. Molero. *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao. Descleé de Brower. UNED.

Gray R, Fitch M, Davis C, Phillips C. (1996). Breast cancer and prostate cancer self-help groups: reflections on differences. *Psycho-Oncology*, 5, 137–142.

Green, B. C & Chalip, L. H. (2004). Paths to volunteer commitment: lessons from the Sydney Olympic games. In R. A. Stebbins & M. Graham (Eds.). *Volunteering as*

*leisure/leisure as volunteering: An international assessment.* (pp. 49-67). Wallingford: Cabi.

Grez, T. (2007). *De La "regeneración del pueblo" a la huelga general: Génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile (1810-1890).* RIL. Santiago. Chile.

Groh, D, R., Jason, L.A. & Keys, C. B. (2008): Social network variables in alcoholics anonymous: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 28, 430–450.

Gross, N., & Martin, W. E. (1952). On group cohesiveness. *American Journal of Sociology*, 57, 546-554.

Gully, S. M., Devine, D. J., & Whitney, D. J. (1995). A meta-analysis of cohesion and performance: Effects of level of analysis and task interdependence. *Small Group Research*, 26, 497–520.

Gyarmathy, V. A., & Latkin, C. A. (2008). Individual and Social Factors Associated with Participation in Treatment Programs for Drug Users. *Substance Use & Misuse*, 43,1865–1881.

Halpin, A. & Croft, D. (1963). *The organizational climate of schools.* Chicago: University of Chicago Press.

Hardiman, P., & Segal. S. (2003). Community membership and social networks in mental health self-help agencies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 25-33.

Harel, Y., Shechtman, Z., & Cutrona, C. (2011). Individual and Group Process Variables That Affect Social Support in Counseling Groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 15 (4), 297-310.

Hartsough, C. S. (1986). Dimensions of the Group Environment Scale, *American Journal of Community Psychology*, 14 (4), 371-376.

Harwood, T. M. & L'Abate, L. (2010). *Self-Help in Mental Health. A critical review*. New York: Springer. e-ISBN 978-1-4419-1099-8

Hatzidimitriadou, E. (2002). Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self-help/mutual aid groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12 (4), 271-285.

HayGroup-SAP (2004). Recursos humanos. Elcano (Navarra): Thomson-Aranzadi.

Hellerich, P. (2001). Self-help visions and practices in Germany. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25 (1), 81-85.

Hernández, G., Montino, O., Kimelman, M., Orellana, G., Núñez, C., & Ibáñez C. (2002). Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 130, 651-60.

Hernández, G., Ibáñez C., Kimelman M., Orellana G., Montino, O. & Núñez, C. (2001). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 129 (11). doi: 10.4067/S0034-98872001001100007

Herrero, J. (2004). Redes sociales y apoyo social. En G. Musitu, J. Herrero, L. M. Cantera, & M. Montenegro (eds.). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UOC.

Herron y Owens (2007). Self-Help and Mutual Aid Organizations. In J. E. Lessenger, & G. F. Roper. *Drug courts: a new approach to treatment and rehabilitation*. New York: Springer.

Hetland, H., Skogstad, A., Hetland, J. & Mikkelsen, A. (2011). Leadership and Learning Climate in a Work Setting. *European Psychologist*, 16(3), 163–173.

Hidalgo, C.G., Santis, R., Rodríguez, J., Hayden, V., & Anselmo, E. (2008). Family functioning of out-of-treatment cocaine base paste and cocaine hydrochloride users. *Addictive Behaviors*, 33, 866–879.

Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2010). *Psicología Social*. (5ª ed.). Madrid: Panamericana.

Hogg, M.A. & Turner, J.C. (1985). Interpersonal attraction, social identification and psychological group formation. *European Journal of Social Psychology*, 15, 51–66.

Hogg, M.A. (1992). *The Social Psychology of Group Cohesiveness*. Toronto: Harvester Wheatsheaf.

Holter, M., Mowbray, C., Bellamy, C., MacFarlane, P. & Dukarski, J. (2004). Critical Ingredients of Consumer Run Services: Results of a National Survey. *Community Mental Health Journal*, 40, (1)47-63.

Hombrados, M.I., García, M.A., & López, T. (2006). *Intervención social y comunitaria*. Málaga: Aljibe.

Hornsey, M., Dwyer, L., Oei, T., & Dingle, G. A. (2009). Group processes and outcomes in group therapy: Is it time to let go of cohesiveness? *International Journal of Group Psychotherapy*, 59, 267–278.

House, E. R (1980). *Evaluating with validity*. Beverly Hills; London: Sage.

Hser Y. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study. *J Addict Dis.*;26:51–60.

Hser, Y.-I., & Anglin, M. D. (2011). Addiction Treatment and Recovery Careers. In J.F. Kelly and W.L. White (eds.), *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*, pp 9-29, Humana Press. Springer Science+Business Media, LLC. DOI 10.1007/978-1-60327-960-4\_2



Hudolin, V. (1969). Alcoholism in Croatia The International journal of social psychiatry. Vol. 15 (2): 85-91

Hudolin, V. (1984). Características de la organización de protección y defensa de la salud mental en la republica socialista de Croacia (Yugoslavia). *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*. V.11 (5) 355-372.

Hudolin, V. (1990). Comprehensive review of the contemporary trends in alcoholology. *Mediterranean Journal of Social Psychiatry*. 11 (1/2), 3-35.

Hudolin, V., Bano, N., Gabelic, I, Milakovic, I., Prazic, B. Rugelji, J., Rupena-Osolnik, A. Smajkic, A. & Ulemek, Lj. (1972). Health education of patients in the field of social psychiatry, notably alcoholics. The International journal of social psychiatry. 18 (3) 157-170.

Huici, C., Molero, F., Gómez, A., & Morales, J. F. (Coords.) (2011). *Psicología de los grupos*. Madrid: UNED.

Humphreys, K. & Moos, R. (2001). Can Encouraging Substance Abuse Patients to Participate in Self-Help Groups Reduce Demand for Health Care? A Quasi-Experimental Study. Diagnosis and Treatment. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 25 (5), 711-716.

Humphreys, K. & Noke, J. (1997). The influence of posttreatment mutual help group participation on the friendship networks of substance abuse patients. *American Journal of Community Psychology*, 25 (1), 1-16.

Humphreys, K. (1997). Individual and social benefits of mutual aid self-help groups. *Social Policy*, 27 (3), 12-19.

Humphreys, K. (2000). Community narratives and personal stories in Alcoholics Anonymous. *Journal of Community Psychology*, 28, 495–506.

Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge University Press. New York.

Humphreys, K., Wagner, T. H. & Cage, M (2011). If substance use disorder treatment more than offsets its costs, why don't more medical centers want to provide it? A budget impact analysis in the Veterans Health Administration. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 243–251.

Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chapel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L. A., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B., McLellan, A. T., Morgenstern, J., Townsend, M. & Weiss, R. (2004): Self-help organizations for alcohol and drug problems: Toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 26, 151–15.

Hunter, S.T., Bedell, K. E. & Mumford, M. D. (2007) Climate for Creativity: A Quantitative Review. *Creativity Research Journal*, 19(1), 69–90.

Hurley, J. R., & Brooks, L. A. (1988) Primacy of affiliativeness in ratings of group climate. *Psychological Reports*, 62, 123-133.

Hurley, J. R., & Brooks, L. J. (1987). Group climate's principal dimension: Affiliation. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37(3), 441-448.

Hwang, J.-I. & Chang, H. (2009). Work climate perception and turnover intention among Korean hospital staff. *International Nursing Review*, 56(1), 73-80.

Illanes, M. Angélica (1989). *Historia del movimiento social y de la Salud Pública en Chile: 1885-1920: solidaridad, ciencia y caridad*. Santiago, Chile. Colectivo de Atención Primaria.

Illanes, M.A. (2003). La revolución solidaria: Las sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. Polis, *Revista de la Universidad Bolivariana*. Invierno. 1 (5) universidad Bolivariana. Santiago, Chile. Obtenido de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30500514>

Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L. & Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for eating disorders. *Psychiatry* 74(3) 255-269.

Inglis, B. (1994). *El juego prohibido: historia social de las drogas*. Gerona: Tikal.

Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974). The social environment. In P. M. Insel, & R. H. Moos (Eds.). *Health and the social environment*. (pp. 3-12). Toronto: Lexinton Books.

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2008). División político-administrativa y Censal, 2007. Obtenido de:  
[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/territorio/division\\_politico\\_administrativa/pdf/DPA\\_COMPLETA.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/division_politico_administrativa/pdf/DPA_COMPLETA.pdf)

Iturbide, L. M., Elosua, P. & Yanes, F. (2010). Medida de la cohesión en equipos deportivos. Adaptación al español del Group Environment Questionnaire (GEQ) *Psicothema*, 22 (3), 482-488.

Ives, R & Ghelani, P. (2006). Polydrug use (the use of drugs in combination): A brief review. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 13, No. 3, June, 225–232.

Jackson, A.M., Gregory, S., & McKinstry, B. (2009). Self-help groups for patients with coronary heart disease as a resource for rehabilitation and secondary prevention-what is the evidence? *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(3), 192-200.

Jacobs, M.K., & Goodman G. (1989). Psychology and self-help groups. Predictions on a partnership. *American Psychologist*, 44 (3), 536-45.

James, L. A., & James, L. R. (1989). Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology*, 74, 739-751.

James, L. R. y Jones, A. P. (1974). *Organizational climate: Construct, global concept, or technology*. Fort Worth: Texas Christian University.

Jané-Llopis, E., & Matytsina, I (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review* 25, 515 – 536.

Janis, I. (1972). *Victims of groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascoes*. Boston: Houghton-Mifflin.

Janowsky, D., Boone, A., Morter, Sh. & Howe, L. (1999). Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings. *Alcohol and Alcoholism* 34 (3), 359-369.

Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2010). Oxford House Recovery Homes: Characteristics and Effectiveness. *Psychological Services*, Vol. 7(2), 92–102.

Jason, L. A., Braciszewski, J., Olson, B., & Ferrari, J. R. (2005). Increasing the number of mutual help recovery homes for substance. *Behavior and Social Issues*, 14(1), 71-79.

Jason, L. A., Olson, B. D., Ferrari, J. R., & Lo Sasso, A. T. (2006). Communal housing settings enhance substance abuse recovery. *American Journal of Public Health*, 91, 1727-1729.

John, U., Veltrup, C., Driessen, M., Wetterling & T., Dilling, H. (2003). Motivational intervention: An individual counselling vs a group treatment approach for alcohol-dependent in-patients. *Alcohol & Alcoholism*, 38, (3), 263-269.

Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321.

Johnson, J. E., Pulsipher, D., Ferrin, S. L., Burlingame, G. M., Davies, D. R., & Gleave, R. (2006). Measuring group processes: A comparison of the GCQ and CCI. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10 (2), 136-145.

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. (s.f.). Program evaluation standards statements. Obtenido de: <http://www.jcsee.org/program-evaluation-standards/program-evaluation-standards-statements>

Jones, M. (1970). La psiquiatría social en la práctica: la idea de la comunidad terapéutica. Buenos Aires: Americalee.

Joyce, A. S., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269–296.

Kaskutas, L. A., & Subbaraman, M. (2011). Integrating Addiction Treatment and Mutual Aid Recovery Resources. In J.F. Kelly and W.L. White (eds.). *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*, (pp 31-43), Humana Press. Springer Science+Business Media, LLC. DOI 10.1007/978-1-60327-960-4\_3

Kaskutas, L. A., Bond, J., & Ammon Avalos, L. (2009). 7-Year trajectories of Alcoholics Anonymous attendance and associations with treatment. *Addictive Behaviors*, 34, 1029–1035.

Katz, A. H (1988). Self-help and public health: an important initiative. *Health Promotion*. Vol. 2 (4). Oxford university Press.

Katz, A. H (1993). *Self-help in America: A social movement perspective*. New York: Twayne.

Katz, A. H. & Bender, E. (1976). Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12 (3), 265-282.

Katz, A. H. (1979). Self-help health groups: some clarifications. *Social Science & Medicine*. 1979. 13 (4):491-494.

Katz, A. H. (1981). Self-help and mutual Aid: An emerging social movement? *Annual review of sociology*. Vol 7. 129-155.

Kelly, F., Magill, M. & Stout, R. L. (2009): How people recovery from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research and Theory*. 17 (3), 236-259.

Kelly, J. F., & Yeterian, J. D. (2011). The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment. *Alcohol Research & Health*, 33 (4), 350-355.

Kelly, J., McKellar, J. & Moos, R. (2003). Major depression in patients with substance use disorders: relationship to 12-Step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction*, 98 (4), 499-489.

Kelly, J., Stout, R., Zywiak, W. & Schneider, R. (2006) A 3-Year Study of Addiction Mutual-help Group Participation Following Intensive Outpatient Treatment. Alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, 30 (8), 1381–1392.

Kelly, J.F., Magill, M. & Robert, R. L. (2009): How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research and Theory*. 17(3): 236–259.

Kessler, R., Mickelson, K. D., & Zhao, S. (1997). Patterns and correlates of self-help group membership in the United States. *Social Policy*, 2 (3), 27-46.

Kiritz, S. & Moos, R. H. (1974). Physiological effects of the social environments. In P. M. Insel, & R. H. Moos (Eds.). *Health and the social environment*. (pp. 13-35). Toronto: Lexinton Books.

Kissin, W., McLeod, C., & McKay, J. (2003). The longitudinal relationship between self-help group attendance and course of recovery. *Evaluation and Program Planning*, 26, 311–323.

Kivlighan, D. M., London, K., & Miles, J. R. (2012). Are two heads better than one? The relationship between number of group leaders and group members, and group climate and group member benefit from therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16 (1), 1-13.

Klaw, E., Huebsch, P.D., & Humphreys, K (2000). Communication patterns in an on-line mutual help group for problem drinkers. *Journal of community psychology*, 28(5), 535-546.

Kopelman, R. E., Brief, A. P., & Guzzo, R. A. (1990). The role of climate and culture in productivity. In B. Schneider (Ed.), *Organizational climate and culture* (pp. 282–318). San Francisco: Jossey-Bass.

Koys, D. J. & DeCotiis, T. A. (1991). Inductive Measures of Psychological Climate. *Human Relations*. 44 (3), 265-385.

Kropotkin, P. A. (1970). *El apoyo mutuo: un factor de la evolución*. [Mutual aid: A factor in evolution] (L.Orsetti, trad.). Buenos Aires. Proyección. (trabajo publicado originalmente en 1902).

Kurtz, L. F. (1994). Self-help groups for families with mental illness or alcoholism. T. J. Powell, (Ed). *Understanding the self-help organization: Frameworks and findings*. Thousand Oaks, CA, US: Sage.

Kurtz, L. F. (1997). *Self-Help and Support Groups: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, C.A. Sage.

Kushner, S. (2002). *Personalizar la evaluación*. Madrid: Morata.

Lang, B. & Srdar, J. (1992). Therapeutic Communities and Aftercare Clubs in Yugoslavia. In H. Klingemann, J.P. Takala, & G. Hunt (eds.). *Cure, Care, Or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany: State University of New York Press.

Laperrière, H., & Zúñiga, R. (2006). Sociopolitical determinants of an AIDS Prevention Program: Multiple actors and vertical relationships of control and influence. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(2), 1-11.

Lash, S.J., Timko, C., Curran, G.M., McKay, J.R., & Burden, J.L. (2011). Implementation of Evidence-Based Substance Use Disorder Continuing Care Interventions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 238-251.

Laudet, A. (2008). The Road to Recovery: Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research. *Substance Use & Misuse*, 43 (12-13), 2001–2020.

Laudet, A. B. (2003). Attitudes and beliefs about 12-step groups among addiction treatment clients and clinicians: Toward identifying obstacles to participation. *Journal of Substance Use and Misuse*, 38(14), 2017–2047.

Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33 (3), 243–256.

Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44, 227–252.

Laudet, A., Magura, S., Cleland, Ch., Vogel, H., Knight, E. (2003). Predictors of Retention in Dual-Focus Self-Help Groups. *Community Mental Health Journal*, 39 (4), 281-297.



Laudet, A., White, W. (2008). Recovery Capital as Prospective Predictor of Sustained Recovery, Life satisfaction and Stress among former poly-substance users. *Substance Use and Misuse*, 43, 27-54.

Lewin, K. (1946). *Action research and minority problems*. Journal of Social Issues 2 (4): 34-46.

Lewin, K. (1988). *La teoría del campo en la ciencia social* [Field theory in social science] M. Laffite & J. Juncal, trad.). Barcelona: Paidós (trabajo publicado originalmente en 1951).

Lewin, K., Lippitt, R., & White, R. K. (1939). Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates." *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.

Lewis, J., Lewis, M., Daniels, J. & D'andrea, M. (1998). *Community counseling. Empowerment strategies for a diverse society*. Brooks/cole publishing company. A division of international Thomson publishing. USA.

Lieberman, M. A. (1998) Grupos de autoayuda. En H.I. Kaplan, & B. J. Sadok, (Ed.) *Terapia de grupo*. Editorial Panamericana. Madrid. 321-334.

Likert, R. (1961), *New patterns of management*, New York: McGraw-Hill.

Lindell, M. K. & Brandt, C. J. (2000). Climate Quality and Climate Consensus as Mediators of the Relationship Between Organizational Antecedents and Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 85(3), 331-348.

Lindsley, D.H., Brass, D.J. and Thomas, J.B. (1995). Efficacy – performance spirals: a multilevel perspective. *Academy of Management Review*, 20, 645–678.

Lloréns, F. J., Ruiz A. & García; V. (2005). Influence of support leadership and teamwork cohesion on organizational learning, innovation and performance: an empirical examination. *Technovation*, 25, 1159-1172.

Lo Sasso, A. T., Byro, E., Jason, L. A., Ferrari, J. R., & Olson, B. (2012). Benefits and costs associated with mutual-help community-based recovery homes: The Oxford House model. *Evaluation and Program Planning*, 35, 47–53.

López, A. & Pérez-Llantada, M.C. (2004). *Evaluación de Programas en psicología social aplicada: Salud, intervenciones sociales, calidad*. Madrid: Dykinson.

López-Cabañas, M. & Chacón, F. (2003). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.

Lott, A.J. & Lott, B.E. (1965). Group cohesiveness as interpersonal attraction: a review of relationships with antecedents and consequent variables. *Psychological Bulletin*, 64, 269-309.

Luria, G. (2008). Climate strength – How leaders form consensus. *The Leadership Quarterly*. 19, 42–53.

MacDonald, B. (1977). A political classification of evaluation studies. In D. Hamilton (Ed.). *Beyond the numbers game*. London. MacMillan Education.

MacKenzie, K. R. (1981). Measurement of group climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(3), 287-95.

MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure. In R. R. Dies & K. R. MacKenzie (Eds), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159-70). New York: International Universities Press.

MacKenzie, K. R. (1990). *Introduction to time-limited group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Mackenzie, K. R. (1994). Group development. In A. Fuhrman & G. M. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. (pp. 223-268). New York: Wiley.

MacKenzie, K. R., & Tschuschke, V. (1993). Relatedness, group work, and outcome in long-term inpatient psychotherapy groups. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 147-156.

MacNair-Semands, R. R. (2000). Examining the Beneficial Components of Groups: Commentary on Estabrooks and Carron (2000) and Terry et al. (2000). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 4 (3), 254-258.

Magaletta, P. R. & Leukefeld, C. (2011). Self-Help. In C. Leukefeld, T. P. Gullotta, J. Gregrich (eds.). *Handbook of Evidence-Based Substance Abuse Treatment in Criminal Justice Settings*, Issues in Children's and Families' Lives 11. Springer. DOI 10.1007/978-1-4419-9470-7\_14

Magura, S., Fong, Ch., Staines, G., Cleland, Ch. (2005). The Combined Effects of Treatment Intensity, Self-Help Groups and Patient Attributes on Drinking Outcomes[dagger]. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37, (1), 85-92.

Magura, S., Laudet, A., Mahmood, D., Rosenblum, A. & Knight, E. (2002). Adherence to Medication Regimens and Participation in Dual-Focus Self-Help Groups. *Psychiatric Services*, 53, 310-316.

Mahal, P. K. (2009). Organizational Culture and Organizational Climate as a Determinant of Motivation. *The IUP Journal of Management Research*, 8 (10), 38-51.

Makin-Byrd, K., Cronkite, R. C. & Timko, C. (2011). The influence of abuse victimization on attendance and involvement in mutual-help groups among dually diagnosed male veterans. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 78-87.

Mankowski, E., Humphreys, K., Moos, R. (2001). Individual and contextual predictors of involvement in twelve-step self-help groups after substance abuse treatment. *American Journal of Community Psychology*. 29 (4), 537-563.

Manning, S. (1998). Empowerment in Mental Health programs: Listening to the voices. In L. Gutierrez, R. Parsons, & E. Opal, (Comp.). *Empowerment in Social Work Practice. A Sourcebook*. (pp. 89-109). Pacific Grove, CA: Brooks/cole.

March, J.C., Danet, A., Romero, M., & Prieto, M.A. (2010). Clima emocional en equipos de profesionales sanitarios de Andalucía. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 372-377.

Marín, M. & Garrido, M. A. (2011). *El grupo desde la perspectiva psicosocial: conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.

Marmarosh, C. L, & Van Horn, S. M. (2011). Cohesion in counseling and Psychotherapy Groups. In R. Coyne, (Ed.). *The Oxford Handbook of Group Counseling*. Oxford University Press.

Marmarosh, C., Holtz, A., & Schottenbauer, M. (2005). Group Cohesiveness, Group-Derived Collective Self-Esteem, Group-Derived Hope, and the Well-Being of Group Therapy Members. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* , 9 (1), 32-44.

Martín, A. (1998). *Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.

Martín, A., Chacón, F. & Martínez , M. (1989): *Psicología Comunitaria*. Visor, D.L. Madrid.

Martínez Arias, M. R (1995). *Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.

Martínez Arias, M. R., Hernández, M. V., & Hernández, M.J. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza.

Martínez, V. (2006). *El Enfoque Comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales*. Magíster en psicología comunitaria. Facultad de ciencias sociales. Departamento de psicología. Universidad de Chile.

Masudomi, I., Isse, K., Uchiyama, M., & Watanabe, H. (2004). Self-help groups reduce mortality risk: A 5-year follow-up study of alcoholics in the Tokyo metropolitan area. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 551–557.

Mathisen, G.E., Torsheim, T., Einarsen, S. (2006). The team-level model of climate for innovation: A two-level confirmatory factor analysis . *journal of occupational and organizational psychology*, 79 , 23-35.

Maturana, H. & Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: OEA/Editorial Universitaria.

May, A. M. Duivenvoorden, H. J. Korstjens, I., Van Weert, E., Hoekstra-Webbers, J. E., Van de Borne, B., Mesters, I., Van de Schans, C. P., & Ros, W. J. G. (2008). The effect of group cohesion on rehabilitation outcome in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 17, 917-925.

McClendon, D. T., & Burlingame, G. M. (2011). Group Climate: Construct in Search of Clarity. In R. Coyne, (Ed.). *The Oxford Handbook of Group Counseling*. (pp. 164-181). Oxford University Press.

McKellar, J., Stewart, E., & Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous Involvement and Positive Alcohol-Related Outcomes: Cause, Consequence, or Just a Correlate? A Prospective 2-Year Study of 2,319 Alcohol-Dependent Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71(2), 302-308.

McKnight, D. H. & Webster, J. (2001). Collaborative insight or privacy invasion? Trust climate as a lens for understanding acceptance of awareness systems. In: Cooper, C. L. Carwright S. & Early P.C. (Eds.). *The International Handbook of Organizational Culture and Climate*. (pp. 533-555). West Sussex, England: Wiley.

McMurray, A. J. (2003). The relationship between organizational climate and organizational culture. *Journal of American Academy of Business*, Cambridge, 3 (1-2), 1-8.

McMurray, A., Scott, D. R. & Pace, R. W (2004). The Relationship Between Organizational Commitment and Organizational Climate in Manufacturing. *Human Resource Development Quarterly*, 15(4), 473-488.

McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

McWhirter, E. H. (1997). Empowerment, social activism, and counseling. *Counseling & Human Development*, 29 (8), 1-11.

Medina, M. G., Pontes, G. A., Aquino, R., & de Araújo, Z. M. (2009). Uso de modelos teóricos en la evaluación en salud: Aspectos conceptuales y operacionales. En Z.M., de Araújo, & L. M. Vieira. *Evaluación en Salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Lugar.

Meissen, G., & Warren, M. (1994). The self-help clearinghouse: A new development in action research for community psychology. In T. J. Powell (Ed.), *Understanding the self-help organization: Frameworks and findings* (pp. 190-211). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Meissen, G., Powell, Th., Wituk, S., Girrens, K., Arteaga, S. (1999). Attitudes of AA Contact Persons Toward Group Participation by Persons With a Mental Illness. Brief report. *Psychiatric Service*, 50 (8), 1079-1081.

Menéndez, E. L. (1987). Alcoholismo II: La Alcoholización, un proceso olvidado...Patología, integración funcional o representación cultural. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, 1987. (Cuadernos de la Casa Chata ; 150).

Mikalachki, A. (1969). *Group cohesion reconsidered: A study of blue collar work groups*. School of Business Administration, University of Western Ontario. London.

Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A., & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39.

Miller, W. R., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC)* (DHHS Publication No. 95-3911). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.

Ministerio de Salud Chile (2010). Estrategia Nacional sobre Alcohol: reducción del consume de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Propuesta de un desafío bicentenario para Chile. Documento de trabajo, comité interministerial. Publicación del Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud Chile (MINSAL) (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. Metas 2011-2020. Documento de trabajo. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile (2008). En el Camino a Centro de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Obtenido de:  
<http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/camino.pdf>

Mok, B (2004). Self-help Group Participation and Empowerment in Hong Kong. *Journal of Sociology and Social Welfare*, Volume 31(3),153-168.

Molero, F. (2011). Cohesión grupal. En C. Huici, F. Molero, A. Gómez, & J. F. Morales (Coords.). *Psicología de los grupos*. Madrid: UNED Editorial.

Montenegro, M. (2001). Conocimientos, agentes y articulaciones: Una mirada situada a la intervención social. Tesis doctoral. Programa de doctorado en psicología social. Universidad autónoma de Barcelona. Obtenido de:  
<http://www.tdx.cat/handle/10803/5410;jsessionid=0A7B7994AD50D81D847F347C34FCA8F8.tdx2>

Montgomery, H., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Differences among AA groups: Implications for research. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(4), 502–504.

Moos RH & Moos BS. (2004): The interplay between help -seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug Alcohol Depend.* 2004 Aug 16;75(2):155-64.

Moos, R. (2003). Social contexts: Transcending their power and their fragility. *American Journal of Community Psychology*, 31 (1), 1-13.

Moos, R. H. (1976). *The human context: environmental determinants of behavior*. New York: Wiley.

Moos, R. H. (1979). *Evaluating educational environments*. San Francisco. Jossey-Bass.

Moos, R. H. (1986). *Group Environment Scale Manual* (2nd vol.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Moos, R. H. (1994). *Group Environment Scale manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moos, R. H. (2008). How and Why Twelve-Step Self-Help Groups Are Effective M. Galanter, L.A. Kaskutas (Eds.), *Recent Developments in Alcoholism*. (pp. 393-412). New York: Springer.

Moos, R. H. (2011a). Substance use-focused self-help groups: Processes and outcomes. In B.A. Johnson (ed.), *Addiction Medicine* (pp 925-940), New York: Springer. DOI 10.1007/978-1-4419-0338-9\_46

Moos, R. H. (2011b). Processes that Promote Recovery from Addictive Disorders. In J.F. Kelly and W.L. White (eds.), *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*. New York: Springer. DOI 10.1007/978-1-60327-960-4\_4



Moos, R. H., & Humphrey, B. (1974). *Group Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (2004). Long-term influence of duration and frequency of participation in Alcoholics Anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 81– 90.

Moos, R. H., Schutte, K., Brennan, P., & Moos, B. S. (2004). Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction*, 99, 829– 838.

Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J. & Moos, B. (2001). Outpatient Mental Health Care, Self-Help Groups, Patients' One-Year Treatment Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 273-287.

Moos, R.H. y Trickett, E.J. (1974). *Classroom environment scale manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Moos, R.H., Moos, B.S. & Trickett, E.J. (1995): *Escalas de Clima Social*. [The social climate scales] (R. Fernandez-Ballesteros & B. Sierra, trads.). Madrid: TEA. (Trabajo publicado originalmente en 1974).

Morales, P. (1988). Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos. San Sebastian: Tarttalo

Morales, P. (2006). Medición de actitudes en psicología y educación, construcción de escalas y problemas metodológicos. (3ª ed. Rev.). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Morales, P. (2007). Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. La fiabilidad de los tests y escalas. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Documento disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/estadisticabasica/Fiabilidad.pdf>

Morales, P. (2011a). Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Documento disponible en:

<http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/guiaparaconstruiescalasdeactitudes.pdf>

Morales, P. (2011b). El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Documento disponible en:

<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>

Morgan-Lopez, A. A., & Fals-Stewart, W. (2008). Analyzing data from open enrollment groups: Current considerations and future directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 36–40.

Morgan-Lopez, A. A., Saavedra, L. M., Hien, D. A. & Fals-Stewart, W. (2011). Estimating statistical power for open-enrollment group treatment trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 40 (2011) 3–17.

Morillejo, E. A., Pozo, C., & Martos, M. J. (2008). *Intervención psicosocial y evaluación de programas en el ámbito de la salud*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá.

Morrison, Wheeler-Smith y Kamdar (2011). Speaking Up in Groups: A Cross-Level Study of Group Voice Climate and Voice. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 183–191.

Mullen, B & Copper, C. (1994). The Relation Between Group Cohesiveness and Performance: An Integration. *Psychological Bulletin*, 115(2), 210-227.

Munich, R. L. (1998). Dinámica de grupos. En H.I. Kaplan, & B. J. Sadok, (Ed.) *Terapia de grupo*. (pp. 23-35). Madrid: Panamericana.

Munn-Giddings, C., & McVicar, A (2006): Self-help groups as mutual support: What do carers value? *Health and Social Care in the Community*. 15 (1), 26-34.

Muñoz, F. J. (2009). *Elementos básicos de psicología de los grupos*. Huelva: Universidad de Huelva.

Nelson, G., Janzen, R., Ochocka, J., & Trainor, J. (2010). Participatory Action Research and Evaluation with Mental Health Self-Help Initiatives: A Theoretical Framework. In L. Brown & S. Wituk (Eds.). *Mental Health Self-Help. Consumer and Family Initiatives*. (pp. 39-58). New York: Springer.

Nirenberg, O., Brawerman, J. & Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la transformación: Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Nirenberg, O., Brawerman, J. & Ruiz, V. (2003). Programación y evaluación de proyectos sociales: Aportes para la racionalidad y la transparencia. Ed. Paidós. Buenos Aires.

Norcross, J.C (2000). Here comes the self-help revolution in mental health. *Psychotherapy*. 37 (4), 370-377.

Norcross, J.C (2010). Foreword. In T. M. Harwood, & L. L'Abate, *Self-Help in Mental Health. A critical review*. Springer. New York. e-ISBN 978-1-4419-1099-8

Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1995) *Teoría psicométrica*. México: McGraw-Hill, 1995.

Nunnally, J. C. (1987) *Teoría psicométrica*. México. Trillas.

Obuchowski, M., & Zweben, J. E. (1987). Bridging the gap: The methadone client in 12-step programs. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19, 301-302.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen*. Obtenido de:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_S.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. En Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6--12 de septiembre de 1978. Ginebra. Obtenido de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2007) Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington. D.C.OPS. Obtenido de: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/a&sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2008) Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington. D.C.OPS. Obtenido de: [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/alcohol\\_aten\\_prim\\_web.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/alcohol_aten_prim_web.pdf)

Ostroff, C., Kinicki, A. J., & Tamkins, M. M. (2003). Organizational culture and climate. In W. C. Borman & D. R. Ilgen (Eds.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational Psychology*. Vol. 12, (pp. 565–593). New York: Wiley.

Ouimette, P. C., Humphreys, K., Moos, R., Finney, J., Cronkite, R., & Federman, E. (2001). Self-help participation and functioning among substance use disorder patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 25–32.

Pagano, M. E., Post, S. G., & Johnson, S. M. (2011). Alcoholics anonymous-related helping and the helper therapy principle. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(1), 23-34.

Palanivelu, P. Nandhini, M., Usha, M. & Krishnaveni, V. (2011). Poverty Eradication Women's Self Help Groups. *SCMS Journal of Indian Management*, 52-58.

Parker, C. P., Baltes, B.B., Young, S. A., Huff, J. W., Altmann, R. A., Lacost, H. A. & Roberts, J. E. (2003). Relationships between Psychological Climate Perceptions and Work Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Journal of Organizational Behavior*, 24 (4), 389-416.

Patterson, M. G., Warr, P. B., & West, M. A. (2004). Organizational climate and company performance: the role of employee affect and employee level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 193-216.

Patterson, M. G., West, M. A., Schackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinson, D. L. & Wallace, A. M. (2005). Validating the Organizational Climate Measure: Links to Managerial Practices, Productivity and Innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 379-408

Payne, R. L., & Pugh, D. S. (1976). Organizational structure and climate. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1125-1173). Chicago: Rand McNally.

Peiró, J. M. (1991). *Psicología de la organización II*. Madrid. UNED.

Pérez-Llantada, M.C., López, A. & Gutiérrez, M.T. (2009) *Evaluación de Programas e intervenciones en psicología: salud, educación y organizaciones sociales*. Madrid: Dykinson.

Perrow, C. (1961). Organizational Prestige: some functions and dysfunctions. *American Journal of Sociology*, 66, 335-341.

Pickett-Schenk, S. (2002). Church-based support groups for African American families coping with mental illness: Outreach and outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (2), 173-181.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1992). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos. Estrategias*. (2ª ed). Masson, S.A. Barcelona.

Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42, 110–121.

Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2010). The Contributions of Mutual Help Groups for Mental Health Problems to Psychological Well-Being: A Systematic

Review. In L. Brown & S. Wituk (ed.). *Mental Health Self-Help. Consumer and Family Initiatives*. New York: Springer.

Porter, L. H. Lawyer, E.E. y Hackman, J. R. (1975). *Behavior in organizations*. New York: McGraw-Hill.

Powell, T., & Perron, B. E. (2010a). Self-Help Groups and Mental Health/Substance Use Agencies: The Benefits of Organizational Exchange. *Substance Use & Misuse*, 45(6) 315–329.

Powell, T., & Perron, B. E. (2010b). The Contribution of Self-Help Groups to the Mental Health/Substance Use Services System. In L. Brown & S. Wituk (ed.). *Mental Health Self-Help. Consumer and Family Initiatives*. New York: Springer.

Powell, T., Yeaton, W., Hill, E., Silk, K. (2001). Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: The effects of self-help group participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 3-11.

Prislei, L. ( 1987). Immigrants and Mutual Help Societies. The Italian Society of Mutual Help and Instruction of Belgrano [1879-1910] *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 2 (5), 29-55.

Quinn, R. E. & Rohrbaugh, J. (1981). A Competing Values approach to organizational effectiveness. *Public Productivity Review*. 5, 122-140.

Reboloso, E., Fernández-Ramírez, B. & Cantón, P. (2008). *Evaluación de programas de intervención social*. Madrid: Síntesis.

Rehm J., Monteiro M., Room R., Gmel G., Jernigan D., Frick U., Graham K. (2001). Steps towards Constructing a Global Comparative Risk Analysis for Alcohol Consumption: Determining Indicators and Empirical Weights for Patterns of Drinking, Deciding about Theoretical Minimum, and Dealing with Different Consequences. *Eur Addict Res*. 7(3):138-47.

Rehm J., Room R., Monteiro M., et al. (2004). Alcohol Use. In *Comparative Quantification of Health Risk*. M. Ezzati, A.D. Lopez, A. Rodgers, C.J.L Murray. WHO.

Reichers, A. E., & Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolutions of constructs. In B. Schneider (Ed.), *Organizational climate and culture*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rice, S. L., & Tonigan, J. S. (2012). Impressions of alcoholics anonymous (AA) group cohesion: a case for a nonspecific factor predicting. *Alcoholism treatment quarterly*. 30 (1), 40-51.

Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. *Social Work*, vol. 10, no. 2, p. 27-32.

Riessman, F., & Banks, E. C. (2001). A marriage of opposites: Self-help and the health care system. *American Psychologist*, Vol 56(2), 173-174.

Riessman, F., & Carroll, D. (1995).Redefining Self-Help: Policy and Practice. San Francisco: Jossey-Bass.

Roberts, L. J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P. A., et al (1999). Giving and receiving help: Interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology*, 27 (6), 841-868.

Roda, R. (2005). La estructura del grupo: estatus, rol, normas y cohesión. En: En.Gil, F y Alcover, C.M. (comps.), *Introducción a la psicología de los grupos*. 137-160. Madrid. Pirámide.

Room, R. (1998). Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective. *Addiction Research*, 6, (2), 131-145.

Rosenberg, M. (1973). *La autoestima del adolescente y la sociedad*. Paidós, México.

Rosh, L., Offermann, L., & Van diest, R. (2012). Too close for comfort? Distinguishing between team intimacy and team cohesion. *Human Resource Management Review*, 22 116–127.

Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1989). *Evaluación: un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Trillas.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks (California): Sage.

Rousseau, D. M. (1988). The construction of climate in organizational research. In C. Cooper, & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 139-158). New York: Wiley.

Rovio, E., Eskola, J., Kozub, S. A., Duda, J. L. & Lintunen, T. (2009). Can High Group Cohesion Be Harmful? A Case Study of a Junior Ice-Hockey Team. *Small Group Research*, 40, (4), 421-435.

Rudmo, T. (2000). Safety climate, attitudes, and risk perception in Norsk Hydro. *Safety Science*, 34, 47-59.

Salazar, G. (1985). *Labradores, Peones y Proletarios*. Ediciones Sur. Santiago. Chile.

Salem, D. A., Reischl, T. A. & Randall, K. W (2010). Helping Mutual Help: Managing the Risks of Professional Partnerships. In L.D. Brown, & S. Wituk, *Mental Health Self-Help Consumer and Family Initiatives*. (pp.303-334). New York: Springer.

Salem, D. A., Reischl, T. M., & Randall, K. W. (2008). The Effect of Professional Partnership on the Development of a Mutual-help Organization. *Am J Community Psychol* (2008) 42:179-191.

Salzer, M. S., Rappaport, J., & Segre, L. (2001). Mental Health Professionals' Support of Self-Help Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11 (1), 1-10.



Sampson R.J., & Laub J.H. (1996). Socioeconomic achievements in the life course of disadvantaged men: military service as a turning point, 1940–1965. *Am Sociol Rev.*;61:347–67.

Sánchez Vidal, A. (1996): *Psicología comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: EUB.

Sánchez, J.C (2010). *Psicología de los grupos: teorías, procesos y aplicaciones*. Madrid: McGraw Hill/Interamericana.

Sanders, J. M. (2006) Women and the Twelve Steps of Alcoholics Anonymous: A Gendered Narrative. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24. 3: 3-29.

Sanders, M. R (2000): Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive Behaviors*, Vol. 25, No. 6, pp. 929–942.

Sandoz, C. J., & Dupuis, C. (1998). The AA ‘‘home group’’ effect: There’s no place like home. *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*, 5, 57–63.

Santis, R., Hidalgo, C., Hayden, V., Anselmo, E., Rodríguez, J., Cartajena, F., Dreyse, J. & Torres, R (2007). Consumo de sustancias y conductas de riesgo en consumidores de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína no consultantes a servicios de rehabilitación. *Rev. méd. Chile*, 135 (1), 45-53.

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2009). Social support: Mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (1), 113-120.

Saunders, A. L. (1975). Multiple Family Therapy in a Community Mental Health Center. *Professional Psychology*, Vol 6(2), 140-144. doi: 10.1037/h0076992

Scapicchio, P.L. (1984): Problemas y perspectivas de la asistencia psiquiátrica sin hospitales psiquiátricos. *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*. V.11 (5) 337-338.

Scharager, J., & Molina, M.L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 22(3), 149-59.

Scheidlinger, S. (1998). Historia de la terapia de grupo. *En Terapia de grupo*. En H.I. Kaplan, & B. J. Sadok, (Eds.) *Terapia de grupo*. (pp. 2-11). Madrid: Panamericana.

Scheidlinger, S. (2004). Group Psychotherapy and Related Helping Groups Today: An Overview. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (3), 265-280.

Schein, E. H. (2000). Sense and Nonsense About Culture and Climate. In N. M. Ashkanasy, C. Wilderom, & M. F. Peterson (Eds.), *Handbook of organizational culture and climate*. (pp. xiii-xxx). Thousand Oaks, CA: Sage.

Schneider, B. (1975). Organizational climates: An essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.

Schneider, B. (1990). The climate for service: An application of the climate construct. In B. Schneider (Ed.), *Organizational climate and culture*. San Francisco: Jossey-Bass.

Schneider, B. White, S. S, & Paul, M. C. (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83, 150-163.

Schneider, B. y Reichers, A. E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology*, 36 (1) 19-39.

Schneider, B., Bowen, D., Ehrhart, M. E., & Holcombe, K. M. (2000). The climate for service: Evolution of a construct. In N. M. Ashkanasy, C. Wilderom, & M. F. Peterson (Eds.), *Handbook of organizational culture and climate* (pp. 21-36). Thousand Oaks, CA: Sage.

Schneider, B., Ehrhart, M. G. & Macey, W. H. (2011). Perspectives on organizational climate and culture. In Sh. Zedeck, (Ed). *APA Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 373-414). Washington, DC, US: APA.

Schneider, B., Salvaggio, A., & Subirats, M. (2002). Climate strength: A new direction for climate research. *Journal of Applied Psychology*, 87, 220–229.

Schneider, R., Timko, C., Moos, B & Moos, R (2011). Violence victimization, help-seeking, and one- and eight-year outcomes of individuals with alcohol use disorders. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 22–31.

Schnur, J. B. & Montgomery, G H. (2010): A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? *Clinical Psychology Review* 30, 238–247.

Schulte, Ostroff y Kinicki (2006). Organizational climate systems and psychological climate perceptions: A cross-level study of climate-satisfaction relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (2006), 79, 645–671.

Schwartz, Waldo & Schwartz Moravec (2011). Assesing Groups. In R. Coyne, (Ed.). *The Oxford Handbook of Group Counseling*. (pp. 245-259).Oxford University Press.

Schyns, B. & Van Veldhoven, M. J. P. M. (2010). Group Leadership Climate and Individual Organizational Commitment A Multilevel Analysis. *Journal of Personnel Psychology*; 9(2), 57–68.

Seashore, S.E. (1954). *Group Cohesiveness in the Industrial Work Group*. Ann Arbor: University of Michigan, Survey Research Center Institute for Social Research.

Seguel, M. (1994). Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile*, 23, 113-118.

Sexton, H. (1993). Exploring a psychotherapeutic change sequence: Relating process to intersessional and posttreatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 128-136.

Seymour, R., Smith, D. & Chambers, T. (2003). Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35 (3), 410-411.

Shin, SY & Park, WW (2009). Moderating Effects of Group Cohesiveness in Competency-Performance Relationships: A Multi-Level Study. *Journal of Behavioral Studies in Business*. 1, 1-15.

Sikic, B. Walker, R., & Peterson, D. (1972). An evaluation of a program for the treatment of alcoholism in Croatia. *The International journal of social psychiatry*. 18 (3), 171-181.

Silva Vásquez, M. (1992). *Hacia una definición comprehensiva del Clima Organizacional*. Revista de Psicología General y Aplicada, 45 (4), 443-451.

Silva Vázquez, M (1996). *El clima en las organizaciones: teoría, método e intervención*. Barcelona: EUB.

Silverman, P. R. (2011). In R. Coyne, (Ed.). Mutual Help Groups: What Are They and What Makes Them Work? *The Oxford Handbook of Group Counseling*. (pp. 511-519). Oxford University Press.

Simons, H. (Ed.) (1980). *Towards a science of the singular: Essays about Case Study in Educational Research and Evaluation*. Norwich: Centre for applied Research in education. University of East Anglia.

Sluzki C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona : Gedisa.

Sluzki C. E. (2010). Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Implications of Their Reciprocal Impact. *Families, Systems, & Health*. Vol. 28, No. 1, 1–18

Smith, D. H. (1997). The rest of the nonprofit sector: Grassroots associations as the dark matter ignored in prevailing 'flat earth' maps of the sector. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 26 (2), 114-131.

Stake, R. E. (2006). *Evaluación comprensiva y evaluación basada en estándares*. Barcelona: Graó.

Stangor, C. (2004). *Social groups in action and interaction*. New York: Psychology Press.

Stanton, M. (2004). Getting reluctant substance abusers to engage in treatment/self-help: a review of outcomes and clinical options. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2), 165-182.

Steinhardt, M.A., Dolbier, C.L., Gottlieb, N.H., & McCalister, K.T. (2003). The relationship between hardiness, supervisor support, group cohesion, and job stress as predictors of job satisfaction. *American Journal of Health Promotion*, 17, 382-389.

Stewart, M. J. (1990). Professional interface with mutual-aid self-help groups: A review. *Social Science & Medicine*, Volume 31, Issue 10, Pages 1143-1158.

Strickler, G. K., Reif, Sh., Horgan, C. M., & Acevedo, A. (2012). The relationship between substance abuse performance measures and mutual-help group participation after Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(2), 190-210.

Stufflebeam, D. L. & Shinkfield, A. J. (1995). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Barcelona. Ed. Paidós.

Swarbrick, M., Schmidt, L. T., & Pratt, C. W. (2009). Consumer-operated self help centers: environment, empowerment, and satisfaction. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(7), 40-47.

Szerman, N., Álvarez, C., & Casas, M. (2007). *Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas*. Editorial Glosa. Barcelona.

Tagiuri, R. I. (1968). The concept of organizational climate. En R. I. Tagiuri y G. H. Litwin (Eds.). *Organizational climate; Exploration of a concept*. (p. 11-34.) Boston: Harvard Univ.

Talego, F., Florido, D., Reigada, A. & Manjavacas, M. J. (2007). *Desengancharse: Profesionalismo, conversión, ayuda mutua y solidaridad en los problemas de adicción*. Sevilla: Bosque de Palabras.

Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2006). Developmental changes in group climate in two types of group therapy for binge eating disorder: A growth curve analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 499 -514.

Taylor S. E., Falke R.L., Shoptaw S.J., & Lichtman R.R. (1986). Social support, support groups, and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5):608-15.

Taylor, S. E., & Lobel, M. (1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96, 569–575.

Terol, M., Neipp, M., Lledó-Boyer, A., & Pons, N. Bernabé, M. (2012). Comparación social y variables psicosociales relacionadas: una revisión de cáncer y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 28(2), 327-337.

Thumin, F. J. & Thumin, L. J. (2011). The Measurement and Interpretation of Organizational Climate. *The Journal of Psychology*, 145(2), 93–109.

Timko, C., Billow, R., & DeBenedetti, A. (2006). Determinants of 12-step group affiliation and moderators of the affiliation–abstinence relationship. *Drug and Alcohol Dependence*, 83 (2), 111–121.

Timko, C., DeBenedetti, A., & Billow, R. (2006). Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction*, 101, 678–688.

Ben-Ari, A. T. (2002). Dimensions and predictions of professional involvement in self-help groups: A view from within. *Health & Social Work*, 27 (2), 95-104.

Toledo, Y. (2012, enero). El rol de los equipos de Salud en el programa Multifamiliar. En *Jornadas de Sensibilización a los Equipos de Salud y agentes comunitarios de Atacama, sobre los fundamentos del Programa Ecológico Multifamiliar*. 17 y 18 Enero. Atacama.

Tonigan, J., Ashcroft, F., & Miller, W. (1995). AA group dynamics and 12-step activity. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(6), 616–621.

Toro, P. A., Rappaport, J., & Seidman, E. (1987). Social Climate Comparison of Mutual Help and Psychotherapy Groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987, 55. (3), 430-431.

Troncoso, M. (2003). *Abordaje Multifamiliar en Dependencias*. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial "Barros Luco", Santiago de Chile.

Troncoso, M. (2011). *Características generales del concepto de Educación Continuada del Programa Ecológico en Psiquiatría Social*. Documento de trabajo del Programa Ecológico Multifamiliar. Manuscrito sin publicar.

Troncoso, M. (2012). La psiquiatría Social Comunitaria y el Programa Ecológico en dependencias: Guía de los clubes multifamiliares de auto-ayuda. Manuscrito en preparación.

Tschuschke, V., & Dies, R. R. (1994). Intensive analysis of therapeutic factors and outcome in long-term inpatient groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 185-208.

Tucker, J. A., & Simpson, C. A. (2011). The Recovery Spectrum: From Self-Change to Seeking Treatment. *Alcohol Research & Health*, 33(4). 371-379.

Tung, H. L., & Chang, Y. H. (2011). Effects of empowering leadership on performance in management team. Mediating effects of knowledge sharing and team cohesion. *Journal of Chinese Human Resource Management*, 2 (1), 43-60.

Turner, H. (2011). Concepts for Effective Facilitation of Open Groups. *Social Work with Groups*. 34(3/4): 246-56.

Vakalahi, H. F., & Khaja, K. (2000). Parent to parent and family to family: Innovative self-help and mutual support. In A. Sallee, H. Lawson, & K. Briar-Lawson (Eds.), *Innovative practices with children and families* (pp. 271-290). Dubuque, IA: Eddie Bowers.

Van der Zee, K., Buunk, B., & Sanderman, R. (1998). Neuroticism and reactions to social comparison information among cancer patients. *Journal of Personality*, 66(2), 175-194.

Van Vugt, M. & Hart, C. M. (2004). Social Identity as Social Glue: The Origins of Group Loyalty. *Journal of Personality and Social Psychology*. 86(4), 585–598.

Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC Psychiatry* 2006, 6:35 doi:10.1186/1471-244X-6-35

Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø., Laudet, A., & Clausen, T. (2009). Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway. *BMC Health Services Research*, 9:147 doi:10.1186/1472-6963-9-147



Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Navarrete, G., Veloso, P., & Torres, S. (2006). Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 935–942.

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002): Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev. méd. Chile. Accedido en 06 sept. 2012. DOI: 10.4067/S0034-98872002000500007

Vieira, L. M. (2009). Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud. En Z.M., de Araújo, & L. M. Vieira. *Evaluación en Salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud*. Buenos Aires. Lugar.

Villegas, M. (1997): Grupos en la clínica, en M. P. González (Ed.). Psicología de los grupos. Teorías y aplicaciones. Síntesis. Madrid.

von Appen, U. (1994). The development of self-help in Germany's new provinces (former East Germany): The case of Schwerin. In F.Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron. (Eds.). *Self-Help and Mutual Aid Groups: International and Multicultural Perspectives*. (pp. 97-116).Binghamton, NY: Haworth.

Walfish, S., & Pinholster, K. (2008). Reading Level of Overeaters Anonymous Primary Educational Material. *Eating Disorders*, 16:212–216.

Walton, S. (2003). Colocados: una historia cultural de la intoxicación. Barcelona: Alba.

Warner, S., Bowers, M. T. & Dixon, M. A. (2012). Team Dynamics: A Social Network Perspective. *Journal of Sport Management*, 26, 53-66.

Weine, S., Kulauzovic, Y., Klebic, A., Besic, S., Mujagic, A., Muzurovic, J., Spahovic, D., Sclove, S., Pavkovic, I., Feetham, S., & Rolland, J. (2008). Evaluating A Multiple-Family Group Access Intervention for Refugees with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 34 (2), p. 149–164.

White, W. (2003). Alcoholic Mutual Aid Societies. In Blocker, J. and Tyrell, I. (eds.), *Alcohol and Temperance in Modern History*. Santa Barbara , CA: ABC-CLIO, pp. 24-27.

White, W. L. (1998): *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America*. Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute. Bloomington.

White, W. L. (2001). Pre-AA alcoholic mutual aid societies. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9, 1-21.

White, W. L. (2004). Addiction recovery mutual aid groups: An enduring international phenomenon. *Addiction*, 99, 532–538.

White, W.L. (2008). Recovery: Old Wine, Flavor of the Month or New Organizing Paradigm? *Substance Use & Misuse*, 43,1987–2000.

White, W.L. (2009). The mobilization of community resources to support long-term addiction recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 146–158.

White, W.L., & Kelly, J. F. (2011). Recovery Management: What If We Really Believed That Addiction Was a Chronic Disorder? In J.F. Kelly and W.L. White (eds.), *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*, (pp 67-84), Humana Press. Springer Science+Business Media, LLC. DOI 10.1007/978-1-60327-960-4\_5

Wiborg, G., Alonso, J. M., Fornes, P, & Val, A. (2000). Violencia familiar y alcohol: Conceptos y recomendaciones para profesionales que atienden a víctimas y agresores. Proyecto financiado por la Iniciativa Daphne de la Comisión Europea. Obtenido de: [http://ec.europa.eu/justice\\_home/daphnetoolkit/files/projects/1998\\_130/ift\\_nord\\_es\\_violencia\\_familiar\\_y\\_alcohol.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/projects/1998_130/ift_nord_es_violencia_familiar_y_alcohol.pdf)

Williams, C. C., & Windebank, J. (2000). Self-help and mutual aid in deprived urban neighbourhoods: some lessons from Southampton. *Urban Studies* January 2000 37(1), 127-147.

Wilson, P.A., Hansen, N.B., Tarakeshwar, N., Neufeld, Sh., and Kochman, A., Sikkema, K.J. (2008). Scale development of a measure to assess community-based and clinical intervention group environments. *Journal of Community Psychology*, 36 (3), 271–288.

Witbrodt, J Mertens, J., Kaskutas, A. L., Bond, J., Chi, F. & Weisner, C. (2012). Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43, 30–43

Witbrodt, J. & Romelsjo, A. (2010). Gender Differences in Mutual-Help Attendance One Year After Treatment: Swedish and U.S. Samples. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 71(1), 125-35.

Wituk, S., Shepherd, M. D., Slavich, S., Warren, M. L., & Meissen, G. (2000). A topography of self-help groups: An empirical analysis. *Social Work*, 45, 151-156.

Wituk, S., Shepherd, M., Warren, M., Meissen, G. (2002). Factors contributing to the survival of self-help groups. *American Journal of Community Psychology*, 30 (3), 349-366.

Wong, D. & Chan, C. (1994). Advocacy on self-help for patients with chronic illness: The Hong-Kong experience. In F. Lavoie, T. Borkman, & B. Gidron (eds.). *Self-Help and Mutual Aid Groups: International and Multicultural Perspectives*, pp. 117-139. Binghamton, NY: Haworth.

Yahyagil, M. Y. (2004). The Interdependence between the Concepts of Organizational Culture and Organizational Climate: An Empirical Investigation, İstanbul University, *Journal of Business Administration, İstanbul*, 33(1), 69-98.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (2000) *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

Yalom, I. D. (with Leszcz, M.). (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

Yeh, M.-Y., Che, H.-L., & Wu, S.-M (2009). An ongoing process: A qualitative study of how the alcohol-dependent free themselves of addiction through progressive abstinence. *BMC Psychiatry*, 9:76. doi:10.1186/1471-244X-9-76

Yeh, M.-Y., Che, H.-L., Lee, L.-W, Horng, F.-F. (2008). An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*. 17(7), 921-9.

Yip, K., Lee, L., Law, S.O. (2004). Self-Help Groups in Hong Kong. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(4), 351-360.

Yzerbyt, V., Judd, C. M., & Corneille, O. (Eds.) (2004). *The psychology of group perception: perceived variability, entitativity, and essentialism*. New York [etc] : Psychology Press.

Zaccaro, S. J., & McCoy, M. C. (1988). The effects of task and interpersonal cohesiveness on performance of a disjunctive group task. *Journal of Applied Social Psychology*, 18, 837-851.

Zaccaro, S.J. & Lowe, C.A. (1988). Cohesiveness and performance on an additive task: evidence for multidimensionality. *Journal of Social Psychology*, 128, 547–558.

Zarco, V., & Rodríguez, A. (directores) (2008). *Psicología de los grupos y de las organizaciones*. Madrid: Pirámide.

Zemore, S. E. (2007). A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(10), S76-S79.

Zohar, D. & Luria, G. (2005). A Multilevel Model of Safety Climate: Cross-Level Relationships Between Organization and Group-Level Climates. *Journal of Applied Psychology*, 90( 4), 616–628.

Zohar, D. & Tenne-Gazit, O. (2008). Transformational Leadership and Group Interaction as Climate Antecedents: A Social Network Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 93 (4), 744–757.

Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65, 96–102.

Zulueta, S. (2003). La evolución del voluntariado en Chile entre los años 1990 y 2002. Tesis para optar al grado de Magíster en Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Zúñiga, R. (2004). La evaluación en la acción social. Autonomías y solidaridades. Obtenido de <http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga>



# ANEXOS

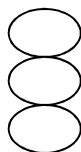




# Anexo N° 1: Pauta de Observación

## Instrumento de evaluación Grupos de Autoayuda Multifamiliar

**Pauta de Cotejo**  
**Instrumento de Auto evaluación**  
**Pauta de Revisión de pares**



**Todos**  
**Todos menos\_\_5\_\_**  
**Todos**

<b>Requisitos de calidad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Cuenta el grupo de autoayuda multifamiliar con una bitácora del contenido de las sesiones anteriores.		
2. Cuenta el grupo de autoayuda multifamiliar con un espacio adecuado para sesionar.		
3. La reunión del grupo de autoayuda multifamiliar se inicia a la hora acordada.		
4. El coordinador del grupo de autoayuda multifamiliar es un Trabajador Socio sanitario(*)		
5. El coordinador del grupo de autoayuda multifamiliar mantiene una actitud amable que favorece el diálogo.		
6. Se acoge cordialmente a las familias que recién se incorporan al grupo de autoayuda multifamiliar.		
7. Existe registro de asistencia claro y actualizado. (*)		
8. Se respetan las reglas de oro durante la sesión del grupo de autoayuda multifamiliar (no se habla durante la sesión de política, religión, deporte, ni de los que no están)		
9. Las familias se centran en hablar de los temas relacionales de su estilo de vida y no del consumo.		
10. El tiempo se distribuye adecuadamente entre las familias que quieren hablar.		
11. Existe distribución de funciones durante la reunión del grupo de autoayuda multifamiliar		
12. El Grupo de autoayuda multifamiliar no supera en tamaño las 12 familias.		
13. Existe registro de seguimiento que contenga nombre del beneficiario, la fecha en que se lleva a cabo y la identificación de quien realizó la visita. (*)		

Valoración del Producto:

\* Corresponde a centinela

Si se cumplen 13 requisitos el producto es de Excelencia, con centinelas

Si se cumplen 11 a 12 requisitos el producto es muy bueno, con centinelas

Si se cumplen 10 a 09 requisitos el producto es bueno, con centinelas

Si se cumplen 08 a 07 requisitos el producto es de regular.

Si se cumplen 06 o menos requisitos el producto es malo.

<p>Este instrumento será aplicado por una persona externa al funcionamiento del grupo de autoayuda multifamiliar, que cuente con conocimiento acabado del Programa ecológico Multifamiliar.</p> <p>La aplicación de este instrumento será informada al establecimiento de salud donde sesiona el grupo de autoayuda multifamiliar y antes de la aplicación se solicitará autorización a los asistentes del grupo de autoayuda.</p> <p>Quien aplica el instrumento no participa de la dinámica de la sesión, solo es un observador del proceso.</p>						
Requisitos de calidad		Aclaraciones				
1. Cuenta el grupo de autoayuda multifamiliar con un acta actualizada de registro del contenido de las sesiones anteriores		Cada grupo de autoayuda multifamiliar debe contar con una bitácora que permita llevar un registro actualizado de lo acontecido en cada reunión del Grupo de autoayuda multifamiliar. Donde se consignarán los aspectos relevantes de cada sesión.				
2. Cuenta el grupo de Autoayuda multifamiliar con un espacio para adecuado para sesionar.		El grupo de autoayuda multifamiliar para sesionar debe contar con un espacio adecuado para sesionar que reúna las siguientes características: Disponer de sillas o bancas permitiendo a los asistentes formar un círculo; el espacio debe resguardar condiciones de confort y seguridad.				
3. La reunión del grupo de autoayuda multifamiliar se inicia puntualmente.		La reunión del grupo de autoayuda multifamiliar debe tener hora de inicio y término.				
4. El coordinador del grupo de autoayuda multifamiliar es un Trabajador Socio sanitario		La coordinación del Grupo de autoayuda multifamiliar debe estar a cargo de un Trabajador Socio sanitario. El Trabajador sociosanitario es una figura de relevancia, es un agente de cambio y un educador de futuros educadores.				
5. El coordinador del grupo de autoayuda multifamiliar mantiene una actitud amable que favorece el diálogo.		El coordinar del Grupo de autoayuda multifamiliar debe propiciar la participación de los asistentes, el orden y el respeto de los tiempos al hablar.				
6. Se acoge cordialmente a las familias que recién se incorporan al grupo de Autoayuda multifamiliar		Se entenderá por acoger cordialmente a las familias: Saludar, escuchar, demostrar respeto y tolerancia.				
7. Existe registro de asistencia claro y actualizado de la sesión del grupo de autoayuda multifamiliar.		Cada Grupo de autoayuda debe llevar un registro actualizado de la asistencia, que contenga los siguientes aspectos:				
		Nombre	Rut	Domicilio	Teléfono	Asiste acompañado por un familiar
8. Se respetan las reglas de oro durante la sesión del grupo de autoayuda		Durante la sesión del grupo de autoayuda multifamiliar no se habla de política, religión, deporte, ni de los que no están presentes.				

multifamiliar.	
9. Los participantes se centran en hablar de los temas relacionales de su estilo de vida y no del consumo.	En los grupos de autoayuda multifamiliar la abstinencia no es una meta en sí. Se busca propiciar un espacio que genere espacios para mejorar la calidad de vida de los asistentes. Por tanto, si los usuarios insisten en hablar de los detalles del consumo, están evitando los temas principales que son los que definen su estilo de vida.
10. El tiempo se distribuye adecuadamente entre los participantes que quieren hablar.	El Trabajador socio sanitario debe promover que cada miembro se involucre en la exposición de sus dificultades y problemas.
11. Existe distribución de funciones durante la reunión del grupo de autoayuda multifamiliar	Durante la reunión del Grupo de autoayuda multifamiliar todos los asistentes son responsables del éxito de la sesión y se deben asignar tareas a las familias. Estas tareas son registro y seguimiento, además de la posible coordinación del grupo durante alguna sesión. Por ejemplo al menos tres familias asumen tareas durante la reunión
12. El grupo de autoayuda multifamiliar no supera en tamaño las 12 familias.	Cada grupo de autoayuda multifamiliar debe estar constituido a lo más por 12 familias. Sin embargo, no existe limitación al número de miembros de una familia que desee asistir. Se acepta a familiares, amigos y figuras de relevancia que quieran apoyar el proceso.
13. Existe registro de seguimiento que contenga nombre del beneficiario, la fecha en que se lleva a cabo y la identificación de quien realizó la actividad de rescate.	Cuando una familia deja de asistir al grupo de autoayuda multifamiliar se debe asignar a una o dos familias la tarea de realizar vista domiciliaria para averiguar las razones del porqué no está asistiendo y para motivar su reincorporación al grupo de autoayuda multifamiliar. Debe considerarse necesario realizar más de una visita si es que la familia no se reintegra.

## Anexo 2: Propuesta de registro de asistencia semanal.

COMUNA:

FECHA:

COORDINADOR:

Nº	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	NÚMERO CARNET DE IDENTIDAD	Nº FONO	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(Completar información adicional si corresponde)

Directora del centro de salud:

Encargada programa de Salud Mental:

Encargado del programa alcohol y otras drogas:

Técnico en rehabilitación psicosocial:

*Nota: Agregar tantas páginas de asistencia como sea necesario*

### Anexo 3: REGISTRO DE ASISTENCIA MENSUAL O BIMENSUAL.

**Nombre del GRUPO DE AUTOAYUDA MULTIFAMILIAR**  
**HORARIO:**

**SALA MULTIUSO:**  
**DIRECCIÓN:**

**COORDINADOR:**

Asistencia del mes NNN Año NNN

Nº	NOMBRE	EDAD	DIRECCIÓN	ºCARNET ID.	Nº FONO	FAMILIA	SUBSISTEMA HÚMEDO	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha	fecha
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

(Completar información adicional si corresponde)

Directora del centro de salud  
 Encargada programa de Salud Mental

Encargado del programa alcohol y otras drogas  
 Técnico en rehabilitación psicosocial:

**Anexo 4: Registro de seguimiento (denominado por los usuarios como informe de rescate).**

INFORME DE RESCATE MES NNN AÑO NNN

**Día de funcionamiento del grupo:**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD (Si corresponde)

GRUPO DE AUTOAYUDA MULTIFAMILIAR

**Fono:**

**Coordinador:**

**Comuna:**

Nº	NOMBRE	REALIZADA POR	DIRECCIÓN	CITACIÓN	OBSERVACIONES
1					
2					
3					
4					
5					

**Nota: en observaciones se consigna el estado de la familia que se visita, si hay recaída en el consumo u otro antecedente importante de conocer.**

## Anexo 5: muestra de la asistencia a la prueba piloto de un grupo de autoayuda multifamiliar.

*Nota:* Los colores y los números indican los usuarios que se repiten en cada sesión. Las casillas con fondo blanco indican la participación en una única sesión.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
965	965	965	842	544
078	078	216	885	216
224	216	528	406	666
914	528	666	000	965
885	368	664	230	405
590	419	940	965	430
544	329	842	224	721
201	666	581	216	581
216	743	768	581	768
768	940	078	666	885
		686	768	940
		347	329	145
		407		423
		092		
		892		
		406		
		230		
		120		

## **Anexo 6: Evaluación de conocimientos básicos sobre el PEM**

**Fecha:**

**Nombre:**

### **I. Verdadero o Falso**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Desde la visión del Programa Ecológico Multifamiliar, responda V o F, justificando brevemente las falsas.

- ☐ El Programa es Ecológico porque promueve el cuidado de la naturaleza
- ☐ Es necesario confrontar a las personas cuando creemos que no están diciendo la verdad en el grupo
- ☐ Las adicciones son un defecto de carácter
- ☐ La calidad del trabajo del Grupo Multifamiliar depende de todos los participantes.
- ☐ La meta final del Programa es lograr la abstinencia.
- ☐ Se considera que la familia es aquella que tiene vínculos sanguíneos con uno.
- ☐ Para aprovechar bien el Programa Multifamiliar basta con asistir al grupo.
- ☐ La autogestión es un proceso rápido desde que se inicia el trabajo con la comunidad.
- ☐ La familia puede asistir y beneficiarse del Grupo Multifamiliar incluso sin que asista el miembro que consume.
- ☐ Una recaída húmeda es cuando toda la familia consume.
- ☐ El seguimiento a las familias que dejan de asistir se debe realizar una vez cada 6 meses
- ☐ El autocuidado de los coordinadores de grupo es fundamental para que el grupo funcione bien.



\_\_\_ Se pueden beneficiar del grupo multifamiliar personas con distintas adicciones, o incluso sin ellas.

\_\_\_ Las recaídas se pueden prevenir dentro de los grupos.

\_\_\_ El subsistema húmedo es aquella parte de la familia que más llora y sufre

\_\_\_ Es respetuoso abandonar el grupo en cualquier momento que uno lo estime conveniente.

\_\_\_ Lo ideal es que en cada grupo haya un profesional en todas las sesiones.

## **II. Alternativas.**

Marque la opción que considere correcta, eligiendo UNA sola alternativa.

1. desde la Perspectiva del PEM, la dependencia al OH u otras drogas es:

- A. una enfermedad
- B. un problema
- C. un inconveniente
- D. un grave defecto de personalidad
- E. un vicio

2. Durante el funcionamiento del grupo, la conversación debe centrarse en:

- A. el consumo mismo
- B. los problemas de personalidad del consumidor
- C. las formas de consumo
- D. los problemas de comunicación en la familia
- E. A y D

3. En dependencias se considera que la responsabilidad es de:
- A. cada individuo
  - B. La familia
  - C. Tanto el individuo como su familia
  - D. El sistema de Salud Pública
  - E. De ninguno
4. Las visitas domiciliarias son:
- A. parte del seguimiento
  - B. algo opcional del programa
  - C. parte esencial del tratamiento
  - D. responsabilidad exclusiva del coordinador de grupo
  - E. A y B
  - F. A y C
  - G. B y D
5. el grupo multifamiliar debe realizarse siempre que asista al menos:
- A. una familia
  - B. tres familias
  - C. 5 familias
  - D. 8 familias
  - E. 3 sujetos
6. El subsistema seco es aquel que:
- A. consume sustancias en polvo
  - B. consume sustancias líquidas
  - C. no consume
  - D. a veces consume
  - E. toda la familia

7. Dentro de las ventajas que tiene trabajar con grupos de autoayuda Multifamiliares, podemos encontrar:

- A. Brindan un espacio inmediato de acogida
- B. Ofrecen una cobertura sin límite temporal
- C. Favorecen el empoderamiento de las familias
- D. Tienen un límite temporal muy bien definido
- E. A, B, y C
- F. A y D

8. La difusión del día y hora de las actividades del grupo es:

- A. responsabilidad de los coordinadores
- B. responsabilidad de todos los miembros del grupo
- C. algo opcional
- D. algo innecesario
- E. responsabilidad exclusiva de los profesionales de Salud

9. El estilo de vida incluye:

- A. la forma de consumir
- B. Sólo la forma de vestirse
- C. la manera de relacionarse con otros, especialmente con la familia
- D. los isomorfismos culturales que se traen.
- E. C y D
- F. Ninguna de las anteriores

10. Las fondas blancas son:

- A. celebraciones donde todos visten de blanco
- B. una forma de generar el cambio cultural
- C. celebraciones sin alcohol
- D. celebraciones sin ningún tipo de droga
- E. A y C
- F. B y D

11.Lo primero que se debe hacer con las familias que se incorporan al programa es:

- A. explicarles el programa
- B. Dar consejos sobre su problema
- C. Acoger y escuchar
- D. Preguntarles su dirección
- E. Invitarlas a la escuela de primer nivel

12.Cuando se producen recaídas, se debe:

- A. considerarlas parte del proceso
- B. quitarles importancia y seguir
- C. detenerse a analizar las razones que están de fondo
- D. prevenir futuras recaídas
- E. evitar hablar de ello
- F. A, B y C
- G. A , C y D

13.Las escuelas de primer nivel:

- A. Sirven para sensibilizar a la comunidad
- B. Permiten la formación de trabajadores socio-sanitarios
- C. Deben ser abiertas a la comunidad
- D. Son para las familias del grupo, pero no para los profesionales
- E. Todas las anteriores
- F. A y C
- G. A, B y C

14.Un buen coordinador (TSS) es aquel que:

- A. Hace todas las preguntas
- B. Habla relativamente poco durante la sesión
- C. Siempre sabe que aconsejar
- D. Facilita un ambiente acogedor
- E. Todas las anteriores
- F. A y B
- G. B y D

15. Para que un grupo se mantenga activo a lo largo del tiempo, es necesario que:

- A. se realice un seguimiento de las familias que dejan de asistir
- B. el ambiente sea cordial
- C. se incorporen nuevas familias
- D. se conserven sólo las familias que lo iniciaron
- E. A, B y D
- F. A, B y C

## Anexo 7: Instrumento Piloto de clima social en grupos de autoayuda multifamiliares

**Comuna de su Club:**

**Marque si es coordinador:**

**Fecha:**

**Numero identificador:**

**Tiempo que lleva participando del grupo:**

A continuación usted encontrará una lista de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada enunciado y seleccione una opción de respuesta de acuerdo con su preferencia. Marque con una x el recuadro que corresponda a su respuesta, tome en cuenta que el 6 corresponde a “totalmente de acuerdo” y 1 a “totalmente en desacuerdo”. Por favor, Sólo seleccione una opción por cada enunciado. Nos gustaría saber su valoración de la sesión del grupo multifamiliar de HOY, no de las pasadas sesiones. Es muy importante que responda todos los ítems. Este es un cuestionario anónimo. Se agradece que nos brinde respuestas de la manera más sincera. Gracias por su colaboración.

	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me siento acogido en el grupo multifamiliar						
Creo que es innecesario dar mi opinión cuando se tratan los problemas de otros miembros						
Me siento apoyado por el grupo para generar un cambio en mi estilo de vida						
Estoy atento a si otro integrante del grupo parece estar complicado con algo personal y permanece en silencio.						
Me siento juzgado negativamente al participar en el grupo						
Me cuesta entender de qué sirve hablar de problemas todo el rato, una y otra vez.						
Me considero capaz de aceptar puntos de vista diferentes al mío dentro del grupo						
Cuando necesito información relativa al problema, me cuesta encontrarla en el grupo.						
El coordinador de grupo centra la sesión en discutir los problemas importantes						
Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente						
La mayoría de los participantes colaboran con el coordinador de grupo para mantener el orden en la sesión.						
me distraigo con facilidad cuando otros hablan sobre sus problemas						

Considero que falta tratar los temas realmente relevantes en el grupo.						
Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.						
El coordinador del grupo dirige demasiado la sesión, sin dejar espacio suficiente para la autogestión del grupo.						
Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.						
Conversar mis problemas personales en el grupo me permite mirarlos más objetivamente						
El ambiente en el grupo es tenso y hostil						
Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo						
Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas						
Cuando la conversación se desvía a temas irrelevantes, es difícil volver a lo central						
El coordinador de grupo guía la sesión de manera cordial						
Es fácil verse reflejado (a) en los problemas de los otros integrantes del grupo						
Muchos miembros del grupo sólo se dedican a pasar el tiempo aquí						
Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas						
Muestro poca preocupación por los otros miembros						
El ver que otros tienen problemas me hace sentir menos solo con mis problemas						
El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor						
Se procura recibir bien a las familias que se incorporan al grupo.						
Participar del grupo ayuda a los miembros a comprender su propia dinámica familiar						
Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido						
Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.						
Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.						
Me siento entre iguales dentro del grupo. Todos estamos en el mismo problema.						
Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo						
En mi grupo todos o la mayoría de los miembros respetan la puntualidad y normas del grupo.						
Me cuesta comprender los conceptos del programa utilizados durante la sesión del grupo.						
Nos apoyamos unos a otros para desarrollar nuevas habilidades para relacionarnos de forma más sana						
Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia						
Cuando alguna persona deja de asistir nadie se preocupa suficiente por ella						
Las confrontaciones favorecen la sinceridad						

Me desagrada cuando se generan confrontaciones en el grupo (me siento incomoda/o)						
Los miembros muestran su preocupación unos por otros.						
siento que el grupo es inadecuado para mi						
Aunque algunas personas puedan sentirse incomodas, creo que es bueno que se den confrontaciones en el grupo						
Estoy satisfecho con la forma en que funciona mi grupo						
Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.						
Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.						
Evito discutir con otros integrantes del grupo.						
Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.						
Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo						
Me siento comprometido en contribuir al correcto funcionamiento del grupo						
Cuando veo a otras familias interactuar entre sí dentro del grupo, descubro cosas sobre mi propia familia.						
El tiempo se distribuye de manera adecuada entre todos los que quieren tomar la palabra						
Me siento mejor luego de compartir lo que está sucediendo en mi vida con los demás miembros del grupo						
Procuro cumplir las normas del grupo de forma optima						
Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo						
Hay más fricciones de las que debería haber						
Creo que mis problemas son bastante diferentes a los del resto de los participantes del grupo						
Al participar aquí me doy cuenta de cosas que antes no veía sobre mi vida						
Cuando algún miembro esconde sus problemas o miente, habitualmente se lo hago notar.						
El coordinador del grupo está atento a mis necesidades						
Los miembros se incentivan poco unos a otros a expresar lo que les sucede						
Cuando veo a otros expresar abiertamente sus problemas, siento que yo también puedo hacerlo						
En el grupo se estimula constantemente a los miembros a expresarse						
Colaboro en resolver los conflictos que surgen de la mejor forma posible.						
Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente						



## Anexo 8: Cuestionario del Clima general programa Multifamiliar

<i>Comuna de su Club:</i>		<i>Fecha:</i>	
<i>Marque si es coordinador:</i>			
<i>4 últimos números de su R.U.T:</i>			
<i>Tiempo que lleva en el participando en el programa:</i>			

### **Instrucciones.**

A continuación usted encontrara una lista de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada enunciado y seleccione una opción de respuesta de acuerdo con su preferencia. Marque con una x el recuadro que corresponda a su respuesta, tome en cuenta que el 6 corresponde a “totalmente de acuerdo” y 1 a “totalmente en desacuerdo”. Por favor, Sólo seleccione una opción por cada enunciado. Nos gustaría saber su valoración general del programa. Es importante que responda todos los ítems. Gracias por su colaboración.

	Totalmente de acuerdo	Muy en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Siento que mi grupo es apoyado por el resto del programa						
Procuro que los demás tengan una buena experiencia de desarrollo personal dentro del programa						
En mi sector se desarrollan regularmente escuelas de segundo nivel de educación continua						
Me siento parte importante del programa						
Siento que el programa me permite crecer como persona						
Cuanto más tiempo se lleva en el programa mayor es el crecimiento personal que se experimenta.						
Pocos usuarios se identifican fuertemente con el programa						
Siento que la educación continua me permite aprender cosas útiles para mi vida						
Me siento parte de un esfuerzo mayor para generar un cambio						
La mayoría de los profesionales de la salud tiene una						

actitud hostil hacia el programa						
Ofrezco constantemente ideas para aportar al programa						
Siento que mi opinión cuenta en la toma de decisiones						
Me cuesta sentirme parte del programa más allá de mi grupo						
Evito participar cuando surge algún conflicto en el programa						
Las reuniones con otros miembros del programa son improductivas						
el programa es algo bastante al margen de mi vida diaria						
Participar en el programa es algo que he incorporado a mi vida cotidiana						
todos los usuarios somos responsables de que el programa funcione lo mejor posible						
Siento que la gente del programa intenta ayudarme sinceramente						
Los profesionales de salud pueden contribuir de forma importante al programa.						
Mi opinión es poco valorada en los demás segmentos del programa						
Considero insuficiente la información que se entrega acerca del programa						
Estoy en desacuerdo con la visión familiar del programa						
Participar en el programa me permite desarrollar valores diferentes						
Me siento apoyado por los profesionales ligados al programa						
Siento que mi club está aislado del resto del programa						
Me siento comprometido en contribuir con el correcto funcionamiento del programa						
Los coordinadores de los diferentes segmentos del programa tiene una relación tensa entre sí						
En las reuniones entre diferentes clubes (jornadas inter-clubes, congresos) se tratan problemas relevantes						

Me siento acogido dentro del programa.						
Es necesario mantener una actitud de auto-critica para dar lo mejor de cada grupo y cada sector.						
Colaboro en mantener una relación cercana entre mi club y el resto del programa						
Creo que se nos entrega las herramientas necesarias para generar un cambio de estilo de vida						
El ambiente del programa es mayoritariamente hostil						
Contribuyo a generar un ambiente cordial con los demás miembros del programa						
Cada segmento del programa cumple su objetivo						
Participo activamente en la educación continua						
Incentivo a mis compañeros de grupo a participar de las demás actividades del programa						
Considero insuficiente la difusión que tienen las actividades del programa en mi sector						
Es importante para mí que existan grupos cerca de donde vivo, eso me facilita participar						
Los temas de la educación continua responden a las necesidades de mi club						
Colaboro para resolver los conflictos que surgen de la mejor forma posible						
Es fácil saber donde hay un grupo en mi sector						
Me involucro lo menos posible con los otros segmentos del programa.						
Los coordinadores de club de mi sector cuentan con estrategias de auto-cuidado suficientes.						
hay más fricciones de las que son necesarias						
Existe un ambiente de compañerismo entre los diferentes miembros del programa						
El espacio físico en que funciona mi grupo es adecuado						
Es importante para mí que existan grupos cerca de donde vivo, eso me facilita participar						
Mi grupo está poco conectado con el resto del programa						

Los profesionales del centro de salud más cercano a mi grupo colaboran mediante derivación de usuarios al grupo						
Los profesionales de la salud aportan poco o nada al programa						
Cuando hay conflictos en el programa, me siento fuera de lugar.						
Considero que yo contribuyo bastante a la auto-gestión del programa						
Me siento incomodo dentro del ambiente del programa						
La educación continua carece de interés para mí						
Mi grupo recibe visitas de otros coordinadores de grupo						
procuro mantenerme informado de todo lo que es necesario saber sobre el programa						
Siento que sólo es necesario participar de los grupos (clubes) y no del resto de las actividades del programa.						
El programa afecta poco mi autoestima						
Es fundamental mantenerse conectado con el resto del programa						
Es difícil comprender todos los segmentos del programa						
Procuro aportar al programa mediante mi participación del voluntariado						
La educación continua aporta pocos elementos para desarrollar nuevas habilidades						
El ambiente en mi club es mejor que el del resto del programa						
Siento que se respeta poco mi opinión en las discusiones durante las reuniones de otros segmentos del programa.						
Contribuyo a las actividades de organización cuando es necesario						

## Anexo 9: Versión de prueba de Campo. 50 ítems.

### Instrumento de Clima Social en grupos de autoayuda Multifamiliares

#### Datos

<i>Comuna de su Club:</i>		<i>Fecha:</i>	
<i>Marque si es coordinador:</i>		<i>Edad:</i>	
<i>4 últimos números de su R.U.T:</i>		<i>Sexo:</i>	
<i>Tiempo que lleva en el participando del grupo:</i>			

#### Instrucciones.

A continuación usted encontrará una lista de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada enunciado y seleccione una opción de respuesta de acuerdo con su preferencia. Marque con una X el recuadro que corresponda a su respuesta. A mayor numeración mayor acuerdo con la afirmación, de forma que 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y “6 a totalmente de acuerdo”. Por favor, sólo seleccione una opción por cada enunciado. Nos gustaría saber su valoración de la sesión del grupo multifamiliar de HOY, no de las pasadas sesiones. Es muy importante que responda todos los ítems. Este es un cuestionario anónimo. Se agradece que nos brinde respuestas de la manera más sincera. Gracias por su colaboración.

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 En desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo	6 Totalmente de acuerdo	
Me siento acogido(a) en el grupo multifamiliar	1	2	3	4	5	6
Me siento apoyado(a) por el grupo para generar un cambio en mi estilo de vida.	1	2	3	4	5	6
Me siento juzgado(a) negativamente al participar en el grupo.	1	2	3	4	5	6
Me cuesta entender de qué sirve hablar de problemas todo el rato, una y otra vez.	1	2	3	4	5	6
Cuando necesito información relativa al problema, me cuesta encontrarla en el grupo.	1	2	3	4	5	6
El coordinador de grupo centra la sesión en discutir los problemas importantes.	1	2	3	4	5	6
Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente.	1	2	3	4	5	6
Me distraigo con facilidad cuando otros hablan sobre sus problemas.	1	2	3	4	5	6

Considero que falta tratar los temas realmente relevantes en el grupo.	1	2	3	4	5	6
Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.	1	2	3	4	5	6
El coordinador del grupo dirige demasiado la sesión, sin dejar espacio suficiente para la autogestión del grupo.	1	2	3	4	5	6
Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.	1	2	3	4	5	6
Conversar mis problemas personales en el grupo me permite mirarlos más objetivamente.	1	2	3	4	5	6
El ambiente en el grupo es tenso y hostil.	1	2	3	4	5	6
Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo.	1	2	3	4	5	6
Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas.	1	2	3	4	5	6
Es fácil verse reflejado(a) en los problemas de los otros integrantes del grupo.	1	2	3	4	5	6
Muchos miembros del grupo sólo se dedican a pasar el tiempo aquí.	1	2	3	4	5	6
Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas.	1	2	3	4	5	6
Muestro poca preocupación por los otros miembros	1	2	3	4	5	6
El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor.	1	2	3	4	5	6
Se procura recibir bien a las familias que se incorporan al grupo.	1	2	3	4	5	6
Participar del grupo ayuda a los miembros a comprender su propia dinámica familiar.	1	2	3	4	5	6
Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido.	1	2	3	4	5	6
Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.	1	2	3	4	5	6
Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.	1	2	3	4	5	6
Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo.	1	2	3	4	5	6
Nos apoyamos unos a otros para desarrollar nuevas habilidades para relacionarnos de forma más sana.	1	2	3	4	5	6
Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia.	1	2	3	4	5	6
Cuando alguna persona deja de asistir nadie se preocupa suficiente por ella.	1	2	3	4	5	6
Los miembros muestran su preocupación unos por otros.	1	2	3	4	5	6

Siento que el grupo es inadecuado para mi.	1	2	3	4	5	6
Estoy satisfecho(a) con la forma en que funciona mi grupo.	1	2	3	4	5	6
Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.	1	2	3	4	5	6
Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.	1	2	3	4	5	6
Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.	1	2	3	4	5	6
Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo.	1	2	3	4	5	6
Me siento comprometido(a) en contribuir al correcto funcionamiento del grupo.	1	2	3	4	5	6
Cuando veo a otras familias interactuar entre sí dentro del grupo, descubro cosas sobre mi propia familia.	1	2	3	4	5	6
El tiempo se distribuye de manera adecuada entre todos los que quieren tomar la palabra.	1	2	3	4	5	6
Me siento mejor luego de compartir lo que está sucediendo en mi vida con los demás miembros del grupo	1	2	3	4	5	6
Procuro cumplir las normas del grupo de forma optima	1	2	3	4	5	6
Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo	1	2	3	4	5	6
Creo que mis problemas son bastante diferentes a los del resto de los participantes del grupo	1	2	3	4	5	6
Cuando algún miembro esconde sus problemas o miente, habitualmente se lo hago notar.	1	2	3	4	5	6
El coordinador del grupo está atento a mis necesidades	1	2	3	4	5	6
Cuando veo a otros expresar abiertamente sus problemas, siento que yo también puedo hacerlo	1	2	3	4	5	6
En el grupo se estimula constantemente a los miembros a expresarse	1	2	3	4	5	6
Colaboro en resolver los conflictos que surgen de la mejor forma posible.	1	2	3	4	5	6
Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente	1	2	3	4	5	6

## Anexo 10:

### Instrumento grupal de clima social de los grupos de autoayuda

<i>Comuna del Club:</i>			
<i>Número de participantes</i>		<i>Fecha:</i>	

#### Instrucciones para el evaluador.

El grupo en su conjunto debe contestar este instrumento tras de haber respondido la evaluación individual del clima. En cada una de las preguntas que se realiza a continuación la escala de valoración es la misma que en las preguntas individuales. La idea es que el grupo llegue a un consenso para responder. Por favor, asegúrese de que cada integrante le de su valoración sobre cada ítem antes de buscar el consenso y recuérdelos que las preguntas son sobre la sesión de HOY exclusivamente.

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

El ambiente del grupo ha sido cálido y acogedor	1	2	3	4	5	6
Nos hemos concentrado adecuadamente en trabajar sobre nuestros problemas	1	2	3	4	5	6
El trabajo del grupo ha permitido mejorar la comprensión de nosotros mismos	1	2	3	4	5	6
El conflicto ha sido bien manejado durante la sesión	1	2	3	4	5	6
Se ha dado un espacio cómodo para expresar lo que nos sucede	1	2	3	4	5	6
Se ha respetado las normas del grupo	1	2	3	4	5	6
El coordinador del grupo ha realizado bien su labor	1	2	3	4	5	6



## **Anexo 11: Versión Final. 25 ítems.**

### **Instrumento de Clima Social en grupos de autoayuda Multifamiliares**

#### **Datos**

<i>Comuna de su Club:</i>		<i>Fecha:</i>	
<i>Marque si es coordinador:</i>		<i>Edad:</i>	
<i>4 últimos números de su R.U.T:</i>		<i>Sexo:</i>	
<i>Tiempo que lleva en el participando del grupo:</i>			

#### **Instrucciones.**

A continuación usted encontrará una lista de afirmaciones. Lea cuidadosamente cada enunciado y seleccione una opción de respuesta de acuerdo con su preferencia. Marque con una X el recuadro que corresponda a su respuesta. A mayor numeración mayor acuerdo con la afirmación, de forma que 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y “6 a totalmente de acuerdo”. Por favor, sólo seleccione una opción por cada enunciado. Nos gustaría saber su valoración de la sesión del grupo multifamiliar de HOY, no de las pasadas sesiones. Es muy importante que responda todos los ítems. Este es un cuestionario anónimo. Se agradece que nos brinde respuestas de la manera más sincera. Gracias por su colaboración.

1 Totalmente en desacuerdo	2 Muy en desacuerdo	3 En desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo	6 Totalmente de acuerdo
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------	-----------------	------------------------	-------------------------------

Me siento acogido en el grupo multifamiliar	1	2	3	4	5	6
Siento que los demás tratan de ayudarme sinceramente	1	2	3	4	5	6
Descubro nuevas maneras de comunicarme a partir de lo que se trata en el grupo.	1	2	3	4	5	6
El ambiente en el grupo es tenso y hostil	1	2	3	4	5	6
Trato de encontrar algo que decir para ayudar a los miembros que están compartiendo sus problemas.	1	2	3	4	5	6
Creo que los demás participantes me prestan poca atención cuando hablo en el grupo	1	2	3	4	5	6

Creo que contribuyo a que otras personas se sientan cómodas hablando de sus problemas.	1	2	3	4	5	6
Considero que soy respetuoso(a) cuando los demás integrantes del grupo hablan acerca de sus problemas	1	2	3	4	5	6
El coordinador de grupo está bien preparado para realizar su labor	1	2	3	4	5	6
Procuro apoyar al coordinador en mantener un funcionamiento ordenado y fluido	1	2	3	4	5	6
Muestro poca preocupación por los otros miembros	1	2	3	4	5	6
Me motiva favorablemente ver que las personas asisten al grupo acompañadas por algún familiar o amigo.	1	2	3	4	5	6
Todos unimos fuerzas para cumplir con el objetivo del grupo.	1	2	3	4	5	6
Se genera un ambiente de sinceridad en el grupo	1	2	3	4	5	6
Siento que soy capaz de ayudar a otras personas en el grupo a partir de mi propia experiencia	1	2	3	4	5	6
Los miembros muestran su preocupación unos por otros.	1	2	3	4	5	6
Siento que el grupo es inadecuado para mi	1	2	3	4	5	6
Siento que se respeta mi opinión en las discusiones de grupo.	1	2	3	4	5	6
Las críticas son habitualmente mal recibidas por los integrantes del grupo.	1	2	3	4	5	6
Todos los miembros del grupo son responsables de que el grupo funcione bien.	1	2	3	4	5	6
Estoy satisfecho con la forma en que funciona mi grupo	1	2	3	4	5	6
Me falta la confianza suficiente para hablar acerca de mis problemas en el grupo	1	2	3	4	5	6

Los participantes experimentan un sentimiento de pertenencia al grupo	1	2	3	4	5	6
El coordinador del grupo está atento a mis necesidades	1	2	3	4	5	6
Siento que puedo expresar mis opiniones y comentarios libremente	1	2	3	4	5	6

## **Anexo 12: Manual de los instrumentos.**

No se requiere ser profesional para realizar la aplicación. En cualquier caso, es recomendable conocer el Programa Ecológico Multifamiliar con antelación para no interferir con la dinámica de los grupos. El evaluador o evaluadora debe participar como un observador durante la sesión, procurando no intervenir, y en caso de hacerlo, que esto sea muy acotado. Aunque ambos instrumentos pueden ser aplicados e interpretados por separado, se recomienda su aplicación conjunta.

La corrección de los instrumentos está orientada pragmáticamente, procurando ser lo más sencilla posible.

### **Instrumento de respuesta individual.**

**Tiempo de aplicación:** sin limite, aproximadamente 10-15 minutos.

**Norma de aplicación:** El evaluador leerá en voz alta el instrumento. Los participantes marcarán una de las 6 alternativas en cada ítem.

**Corrección e interpretación:** todos los ítems utilizan sus puntuaciones directas. Se recomienda interpretar el valor de cada dimensión por separado para tener una visión más amplia. La interpretación tiene la misma lógica que las preguntas, de forma que desde una puntuación 4 hacia arriba se considera que el clima es positivo. La puntuación total se obtiene restando los ítems del factor dos (todos los que tienen valencia negativa) al total de los demás ítems. La siguiente tabla detalla el factor a que pertenecen los ítems según su posición en el instrumento final.

factor 1	8, 9, 12, 13, 14, 18 , 24
factor 2	4, 6, 11, 17, 19, 22
factor 3	16, 20, 21, 23
factor 4	1, 2, 3, 25
factor 5	5, 7, 10, 15

Se puede calcular la diferencia entre aportar y recibir, considerando los ítems de cada una de estas formas. El cálculo se realiza restando los promedios de ambos grupos de ítems. Antes de realizarlo, es necesario invertir los valores de los ítems 6, 11, 17, 22. Según la tabla de conversión.

aportar	5, 7, 8, 10, 11, 15,
recibir	1, 2, 3, 6, 12, 17, 18, 22, 24, 25,

Tabla de conversión

Valor original	Valor final
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

**Momento de aplicación:** Inmediatamente tras ser finalizada la sesión del grupo de autoayuda.

**Instrumento de respuesta grupal.**

**Tiempo de aplicación:** sin limite, aproximadamente 10 minutos.

**Norma de aplicación:** El evaluador leerá en voz alta el instrumento. Todos los participantes deben verbalizar una de las 6 alternativas en cada ítem y luego se buscará el consenso para decidir en conjunto con los otros miembros del grupo que puntaje debe asignarse.

**Corrección e interpretación:** todos los ítems utilizan sus puntuaciones directas. La interpretación tiene la misma lógica que las preguntas, de forma que desde una puntuación 4 hacia arriba se considera que el clima es positivo.

**Momento de aplicación:** Inmediatamente tras ser finalizada la sesión del grupo de autoayuda. Además, su aplicación debe realizarse después de la aplicación del instrumento de respuesta individual.

**Interpretación conjunta de los instrumentos.**

Es posible interpretar los instrumentos en conjunto si se considera que el primer instrumento es fundamentalmente unidimensional. Aunque una interpretación estadística puede ser más precisa, el promedio de las puntuaciones directas puede proporcionar una retroalimentación adecuada si se analizan los resultados de ambos instrumentos.

